



[www.rennebu.kommune.no](http://www.rennebu.kommune.no)

# OMSORGSPLAN

**RENNEBU KOMMUNE**

**2010 -2020**



**Vedtatt april 2010**

## Sammendrag

Rennebu kommune har prioritert omsorgstjenestene (hjemmebaserte inkl. mennesker med fysisk og psykisk funksjonshemming og institusjonsbaserte tjenester) høyt i forhold til sammenlignbare kommuner. Dette stadfestes i en rapport laget av Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO-senteret). Rapporten anbefaler at vi omprioriterer ressursbruken for å møte fremtidens utfordringer.

Frem mot 2030 forventes en befolkningsutvikling med sterk økning av antall eldre og en nedgang av antall personer i yrkesaktiv alder. Samtidig har vi en dreining mot at flere brukere under 67 år har behov for omfattende tjenester.

Planen legger opp til å møte utfordringene med mer fokus på forebygging, rehabilitering, ansvarliggjøring og mestring fremfor pleie og overtakelse. Samhandlingsreformen vil medføre økte krav til kompetanse i kommunene.

Hovedmålet er å lage en plan som ivaretar behovene for omsorgstjenester for befolkningen i Rennebu på en best mulig måte med de ressursene som vil være til disposisjon i fremtiden.

Bildene som benyttes i planen er levert av Mediaprofil AS

## Innholdsfortegnelse

|          |                                                                                 |           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>BAKGRUNN.....</b>                                                            | <b>5</b>  |
| <b>2</b> | <b>PLANENS FUNKSJON OG PLANPERIODE .....</b>                                    | <b>6</b>  |
| 2.1      | PLANENS FUNKSJON .....                                                          | 6         |
| 2.2      | PLANPERIODE .....                                                               | 6         |
| <b>3</b> | <b>UTFORDRINGER.....</b>                                                        | <b>7</b>  |
| 3.1      | BEFOLKNINGSUTVIKLINGEN I ALDERSGRUPPENE OVER 70 ÅR .....                        | 7         |
| 3.2      | BOSTEDSUTVIKLINGEN OG BYGNINGSMASSE I RENNEBU .....                             | 8         |
| 3.3      | OMSORGSBEHOV I YNGRE ALDERSGRUPPER .....                                        | 9         |
| 3.4      | REDUSERT TILGANG PÅ ARBEIDSKRAFT.....                                           | 9         |
| 3.5      | STORT BEHOV FOR REKRUTTERING AV FAGPERSONELL .....                              | 10        |
| 3.6      | RASKERE TILBAKEFØRING FRA SYKEHUS .....                                         | 11        |
| 3.7      | BEDRE TILRETTELEGGING FOR MENNESKER MED DEMENS.....                             | 12        |
| 3.8      | DAGENS TJENESTETILBUD - KOSTRADATA.....                                         | 12        |
| 3.9      | ØKENDE ETTERSPORELSE FRA TURISTER .....                                         | 14        |
| 3.10     | UTFORDRINGER - SAMMENDRAG .....                                                 | 14        |
| <b>4</b> | <b>HOVEDPRINSIPPER .....</b>                                                    | <b>16</b> |
| 4.1      | HOVEDPRINSIPPER FOR OMSORGSTJENESTEN 2009 - 2020.....                           | 16        |
| 4.2      | EN HELHETLIG OG FLEKSIBEL TILTAKS- OG BEHANDLINGSKJEDE .....                    | 16        |
| 4.3      | BEON-PRINSIPPET, FOREBYGGING, BRUKERMEDVIRKNING OG SAMARBEID.....               | 18        |
| 4.4      | BOBEHOV OG BOKVALITET .....                                                     | 19        |
| 4.5      | HJEMMETJENESTEN .....                                                           | 20        |
| 4.6      | INSTITUSJONSTJENESTEN.....                                                      | 21        |
| 4.7      | FAGPERSONELL OG FAGMILJØ .....                                                  | 22        |
| <b>5</b> | <b>OMSORGSTRAPPA - TILTAK .....</b>                                             | <b>23</b> |
| 5.1      | TRINN 1 - FOREBYGGENDE ARBEID .....                                             | 23        |
| 5.2      | TRINN 2 - PARTNERSKAP OG SAMARBEID .....                                        | 25        |
| 5.2.1    | <i>Plan- og koordineringsansvar.....</i>                                        | <i>25</i> |
| 5.2.2    | <i>Frivillig sektor.....</i>                                                    | <i>26</i> |
| 5.2.3    | <i>Aktiv omsorg.....</i>                                                        | <i>27</i> |
| 5.3      | TRINN 3 - STØTTETJENESTER OG HJEMMETJENESTER .....                              | 28        |
| 5.3.1    | <i>Matombrining, trygghetsalarm og hjemnevaktmester.....</i>                    | <i>28</i> |
| 5.3.2    | <i>Transporttjenesten.....</i>                                                  | <i>28</i> |
| 5.3.3    | <i>Hjelpemidler og ergoterapi.....</i>                                          | <i>29</i> |
| 5.4      | TRINN 3 - HJEMMETJENESTENE .....                                                | 29        |
| 5.4.1    | <i>Omfang.....</i>                                                              | <i>29</i> |
| 5.4.2    | <i>Gjester i kommunen.....</i>                                                  | <i>29</i> |
| 5.4.3    | <i>Brukere under 67 år .....</i>                                                | <i>30</i> |
| 5.4.4    | <i>Hjemmetjenestens profil og tjenestetildeling .....</i>                       | <i>31</i> |
| 5.5      | TRINN 3 - DAGTILBUD OG NATTILBUD.....                                           | 32        |
| 5.6      | TRINN 4 - OMSORGSBOLIG OG TRYGDEBOLIG.....                                      | 33        |
| 5.6.1    | <i>Boliger .....</i>                                                            | <i>33</i> |
| 5.6.2    | <i>Definisjoner .....</i>                                                       | <i>33</i> |
| 5.6.3    | <i>Fremtidige behov for heldøgns omsorg i trygdebolig og omsorgsbolig .....</i> | <i>35</i> |
| 5.7      | TRINN 5 – KORTTIDSOPPHOLD PÅ SYKEHJEMMET.....                                   | 35        |
| 5.8      | TRINN 6 – LANGTIDSPASS PÅ SYKEHJEMMET .....                                     | 36        |

|          |                                                                                             |           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.8.1    | <i>Behovet for heldøgns omsorg i Rennebu kommune</i>                                        | 36        |
| 5.8.2    | <i>Fordeling mellom sykehjem og omsorgsbolig</i>                                            | 38        |
| <b>6</b> | <b>SÆRLIGE FAGLIGE UTFORDRINGER</b>                                                         | <b>38</b> |
| 6.1      | DEMENSOMSORGEN                                                                              | 38        |
| 6.2      | RUSOMSORG                                                                                   | 40        |
| 6.3      | REHABILITERING                                                                              | 40        |
| 6.4      | LINDRENDE BEHANDLING OG TERMINAL OMSORG                                                     | 40        |
| 6.5      | NYE UTFORDRINGER                                                                            | 41        |
| <b>7</b> | <b>PERSONELL, KOMPETANSE OG REKRUTTERING</b>                                                | <b>42</b> |
| 7.1      | KAPASITET OG KVALITET                                                                       | 42        |
| 7.1.1    | <i>Tilgangen på arbeidskraft</i>                                                            | 42        |
| 7.1.2    | <i>Seniorpolitiske tiltak</i>                                                               | 42        |
| 7.1.3    | <i>Krav til kvalitet</i>                                                                    | 42        |
| 7.1.4    | <i>Rekrutterings- og kompetanseplan</i>                                                     | 42        |
| 7.2      | KOMPETANSE OG REKRUTTERING                                                                  | 43        |
| 7.2.1    | <i>Helsefagarbeider</i>                                                                     | 43        |
| 7.2.2    | <i>Kvalifisering av personell uten fagutdanning</i>                                         | 43        |
| 7.2.3    | <i>Videreutdanning for personell med videregående opplæring</i>                             | 44        |
| 7.2.4    | <i>Desentralisert høgskoleutdanning</i>                                                     | 44        |
| 7.2.5    | <i>Videre- og etterutdanning for høgskoleutdannet personell</i>                             | 44        |
| 7.2.6    | <i>Utteksling av ressurser</i>                                                              | 44        |
| 7.2.7    | <i>Øke andelen som arbeider heltid</i>                                                      | 45        |
| 7.3      | LEDELSESUTVIKLING                                                                           | 45        |
| 7.4      | ARBEIDSMILJØET                                                                              | 46        |
| <b>8</b> | <b>TILTAK - OPPSUMMERING</b>                                                                | <b>47</b> |
| 8.1      | TILTAK I FORHOLD TIL OMSORGSTRAPPA                                                          | 47        |
|          | TRINN 1 – FOREBYGGENDE ARBEID                                                               | 47        |
|          | TRINN 2 - PARTNERSKAP OG SAMARBEID                                                          | 47        |
|          | TRINN 3 - STØTTETJENESTER OG HJEMMETJENESTER                                                | 48        |
|          | TRINN 3 - HJEMMETJENESTENE                                                                  | 48        |
|          | TRINN 3 - DAGTILBUD OG NATTILBUD                                                            | 48        |
|          | TRINN 4 - OMSORGSBOLIG OG TRYGDEBOLIG                                                       | 49        |
|          | TRINN 5 – KORTTIDSOPPHOLD PÅ SYKEHJEMMET                                                    | 49        |
|          | TRINN 6 – LANGTIDSPASS PÅ SYKEHJEMMET                                                       | 49        |
| 8.2      | TILTAK I FORHOLD TIL SÆRLIGE FAGLIGE UTFORDRINGER                                           | 49        |
| 8.3      | TILTAK I FORHOLD TIL PERSONELL, KOMPETANSE, REKRUTTERING, LEDELSESUTVIKLING OG ARBEIDSMILJØ | 50        |

# 1 Bakgrunn

Kommunestyret gjorde i møte den 13.12.07 vedtak i sak 67/07 om å gjennomgå de hjemmebaserte tjenestene. Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO-senteret) ble engasjert til å foreta gjennomgang av HPO (hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester) sammenholdt med IPO (institusjonsbaserte tjenester) for å gi en statusbeskrivelse av ressursbruk og kvalitet på tjenestene. Det ble også ønsket vurdering av hvordan løse framtidige utfordringer.

RO-senteret leverte dokumentet:

## **Rennebu kommune – Statusrapport pleie- og omsorgstjenesten, desember 2008**

Med bakgrunn av dette dokumentet ble det arrangert temakveld for kommunestyret, som ønsket at rapporten skulle følges opp. Formannskapet oppnevnte styringsgruppen i møte den 31.03.09, som skulle følge opp rapporten og utarbeide helse- og omsorgsplan med tiltak. Styringsgruppa vedtok senere å endre navnet på planen til omsorgsplan da den ikke omfatter plan for helsestasjon, lege- og fysioterapitjeneste som i vår kommune defineres under begrepet helsetjenester. Navnet omsorgsplan er også i tråd med begreper som benyttes i statlige og fylkeskommunale dokumenter om dette emnet som for eksempel Omsorgsplan 2015.

Styringsgruppen besto av:

*Leder for HOO, Hovedutvalg helse, omsorg og oppvekst*  
*Kommunalsjef HOO*  
*Enhetsleder HPO, hjemmebasert pleie og omsorg*  
*Enhetsleder IPO, institusjonsbasert pleie og omsorg*  
*Tillitsvalgt Fagforbundet*  
*Tillitsvalgt Sykepleierforbundet*  
*Leder for Eldrerådet*  
*Leder for Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne*

*Solveig Anglen*  
*Lill H. Bøe*  
*Helge Aalbu*  
*Borgny Lien*  
*Gunhild Romsås Olsen*  
*Gunhild Sæther*  
*Jon T. Uv*  
*Endre Lien*

Styringsgruppen med RO-senteret som prosessveileder kjørte prosess på planen. Denne ble lagt fram for HOO før den gikk ut på høring. Høringsinnspillene ble behandlet i HOO før planen ble behandlet i Formannskapet og vedtatt i kommunestyret 29. april 2010.



Rennebu - et godt sted å være!

## 2 Planens funksjon og planperiode

### 2.1 Planens funksjon

Formålet med denne planen er å trekke opp de store linjer for omsorgstjenestene i Rennebu kommune i et langsiktig perspektiv. Planen skal gi forutsigbarhet og mulighet til å endre tjenestene slik at behovet dekkes.

Det må kjøres utredninger og prosesser for å løse de enkelte oppgaver.

Det er viktig å legge fundamentet for de kommende utredninger. Kommunestyret bør drøfte de ideologiske og strategiske valg for omsorgstjenestene framover. Denne planen inviterer kommunestyret til

- 1) å vedta de langsiktige og overordnede strategier for de framtidige omsorgstjenestene i Rennebu kommune
- 2) å organisere det videre utrednings- og utviklingsprogrammene for omsorgstjenestene

### 2.2 Planperiode

Planen har et tidsperspektiv fram til 2020. Rennebu kommune vil i perioden 2020- 2030 få nesten en fordobling av antall eldre mellom 80-89 år. De tiltak som settes i verk før 2020 vil danne grunnlaget for utviklingen etter 2020. Et planperspektiv på 10 år er langt, og planen er forsiktig med å foreslå tiltak utover 2020. Staten har signalisert at ordningene om tilskudd til ut- og ombygging i første omgang vil løpe til 2015. Dette må tas hensyn til i omsorgsplanen.

Planen er forankret i kommuneplanen, og begge skal rulleres minst hvert fjerde år.



### 3    **Utfordringer**

Planen legger vekt på å vise hvorfor det er nødvendig for Rennebu kommune å igangsette et omfattende utviklingsarbeid for omsorgstjenestene. Dette synliggjøres i dette kapittelet.

Rennebu har i henhold til statistikk for 2008 godt utbygde tjenester når det gjelder institusjons-dekning, dekning av omsorgsboliger og antall som mottar hjemmetjenester. Bak disse tallene viser det seg at det er liten fleksibilitet innen institusjonen, uklare prioriteringskriterier i omsorgsboligene og en raus praksis i hjemmetjenestene. Det må vurderes omstruktureringer for å utnytte menneskelige og økonomiske ressurser bedre, sett i lys av utfordringene som kommer. Disse må bygge på dagens tilbud, som må videreutvikles skrittvis.

#### **Hvorfor en omsorgsplan?**

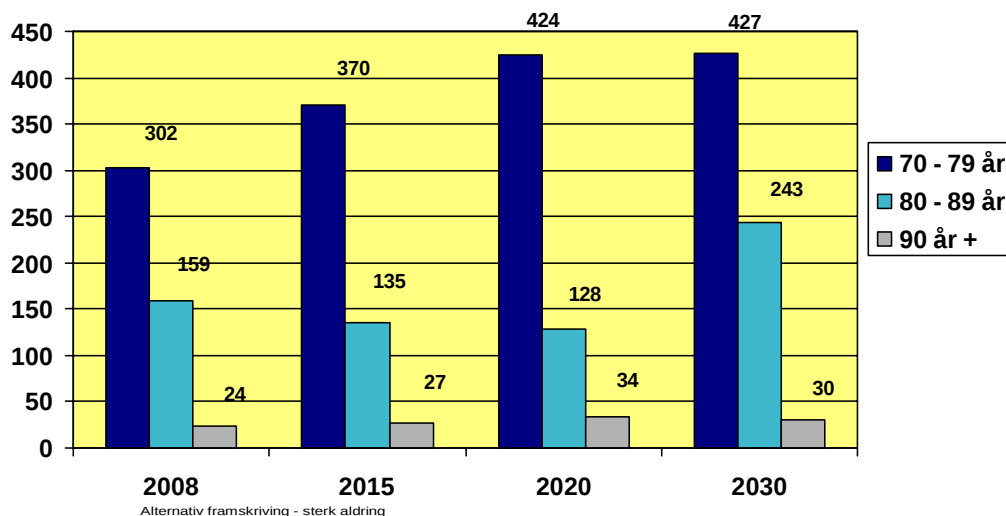
- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li><b>1.   Befolkningen i aldersgruppene over 70 år øker</b></li><li><b>2.   Bostedsutvikling i Rennebu</b></li><li><b>3.   Omsorgsbehov i yngre aldersgrupper</b></li><li><b>4.   Redusert tilgang på arbeidskraft (kompetanse)</b></li><li><b>5.   Stort behov for rekruttering av arbeidskraft (deltidsproblematikk og kompetanse)</b></li><li><b>6.   Bygningsmassen (dagsenter)</b></li><li><b>7.   Raskere tilbakeføring fra sykehus (rehabilitering - sirkulasjon)</b></li><li><b>8.   Bedre tilrettelegging for mennesker med demens</b></li><li><b>9.   Forbedring av dagens tjenestetilbud: rutiner/ delegering av myndighet, ledelse og forvaltningspraksis, internkontroll og kvalitetssikring, mestring og forebygging. Strengere prioritering i hjemmetjenestene</b></li><li><b>10.  Økende etterspørsel fra turister</b></li></ol> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### **3.1   Befolkningsutviklingen i aldersgruppene over 70 år**

Den demografiske utviklingen med den såkalte eldrebølgen vil for Rennebu kommune bli en utfordring for omsorgstjenesten fra ca 2020. Planene må derfor legges nå, slik at kostnadskrevende tiltak kan fordeles over de 2-3 neste økonomiplanperioder.

RO sin statusrapport kap. 6, figur 1 (se under) viser befolkningsframskrivningen i tre aldersgrupper over 70 år. Denne gir en grafisk framstilling for aldersgruppene 70-79 år, 80 – 89 år og gruppen over 90 år over en 22-års-periode. Behovet for omsorgstjenester vil være ulik i disse aldersgruppene. På landsplan regner en som tommelfingerregel et behov for omsorgstjenester på 2,5 – 5 % i gruppen 67 – 79 år, 15 – 20 % i gruppen 80 – 89 år og 25 – 50 % i gruppen over 90 år. En økning på 10 personer i aldersgruppen over 90 år vil således ha vel så stor betydning for omsorgstjenesten som en økning på 100 personer i gruppen 67 – 79 år.

**Figur 1: Befolkningsutviklingen 70 år og eldre i Rennebu kommune**



Figur 1 viser at antallet i de to eldste aldersgrupper (80-89 år pluss 90 år+) vil gå ned fra 183 personer i 2008 til 162 personer i 2020. Tilsvarende utvikling ses i flere norske kommuner. Etter 2020 fram til 2030 vil antallet eldre stige til 273 personer. Dette er en økning på 111 personer på 10 år. Dette vil gi Rennebu kommune store utfordringer.

I 2008 er netto driftsutgift i Rennebu kommune pr innbygger eldre enn 80 år kr 201.918,-. Forutsatt samme kroneverdi og driftsform vil Rennebu måtte øke budsjettet med ca 18 millioner kroner i 2030 for å opprettholde tilsvarende aktivitetsnivå.

For perioden 2008 og fram til 2020 må kommunen etter dagens kriteriesystem for rammetilskudd, også beregne noe mindre i statlig rammeoverføring på grunn av nedgang i antall personer 80 år og eldre. Nedgangen fram til 2020 er på 12 prosent (21 personer). Dette er en relativ liten nedgang, men kan bety nedbygging av kapasiteten innenfor den delen av tjenesten som omhandler eldre.

- *Planleggingen for perioden 2010-2020 bør legge både en faglig og organisatorisk plattform for å møte utfordringene som ligger i befolkningsutviklingen. Det betyr at det bør avsettes areal for å tilrettelegge for utbygginger slik at tilbudet tilpasses brukerne bedre.*

## 3.2 Bostedsutviklingen og bygningsmasse i Rennebu

Befolkningsutviklingen blant de eldre må ses i sammenheng med hvor de kommer til å bo. Dette har vi ikke oversikt over i dag. Det vi vet fra andre kommuner er at de eldre ønsker å bosette seg sentralt, nærmere sentrumstilbud og helse- og omsorgssentre. Det er liten grunn til å tro at utviklingen vil være annerledes i Rennebu. I dag finnes kommunale omsorgsboliger og trygdeleiligheter, men kun få private leiligheter tilpasset eldre.

Rennebu kommune eier en forholdsvis ny og vedlikeholdt bygningsmasse.

Det bor mange med demenssykdom privat og i sykehjemmet. Imidlertid har kommunen kun ett botilbud som er spesielt tilrettelagt for mennesker med demens. Egen demensplan er under utarbeidelse. Denne må ta for seg hele tiltakskjeden, fra de som bor hjemme til de som må ha et heldøgnsstilbud utenfor opprinnelig bolig. Eurodem-undersøkelsen fra 1996 (Engerdal 1996) viser at forekomst av demens i prosent innenfor ulike aldersgrupper øker fra 5,7 prosent for aldersgruppen 75 – 79 år til 13,5 prosent for gruppen 80 – 84 år, og til over 30 prosent for eldre innbyggere over 90 år. Dette vil gi kommunen store utfordringer innenfor omsorgs- og botilbud til de eldste innbyggerne.

Det er ikke kartlagt hvilket behov de ulike grupper i befolkningen har for bolig. Det er spesielt de unge i etableringsfasen og de eldste som har mindre fysisk kapasitet som har behov for tilrettelagte boliger.

➤ *Rennebu kommune bør utarbeide boligsosial plan.*

### 3.3 Omsorgsbehov i yngre aldersgrupper

På landsbasis er det i dag slik at 1/3 av de som mottar kommunale omsorgstjenester er under 67 år, mens de forbruker 2/3 av de samlede omsorgsressursene. I perioden fra 1992 til 2004 økte andelen mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester under 67 år fra 17 prosent til 29 prosent.

I denne gruppen finner vi mennesker med fysisk og psykisk funksjonshemming, mennesker med psykiske lidelser og mennesker med sterkt nedsatt funksjonsevne på grunn av sykdom eller skade.

➤ *Omsorgsbehovet for brukere under 67 år bør kartlegges og behovene ivaretas for perioden 2010-2020*

### 3.4 Redusert tilgang på arbeidskraft

**Tabell 1. Befolkningstall for 01.01.08 og fremskrevet til 01.01.30**

| År   | 0-5 år | 6-15 år | 16-19 år | 20-24 år | 25-66 år | 67-79 år | 80-89 år | 90 år + | Totalt |
|------|--------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|---------|--------|
| 2008 | 150    | 337     | 144      | 139      | 1339     | 302      | 159      | 24      | 2594   |
| 2015 | 130    | 294     | 121      | 147      | 1261     | 370      | 135      | 27      | 2485   |
| 2020 | 128    | 259     | 118      | 136      | 1215     | 424      | 128      | 34      | 2442   |
| 2030 | 129    | 244     | 100      | 122      | 1135     | 427      | 243      | 30      | 2400   |
| SUM  | -21    | -91     | -44      | -17      | -204     | +122     | +84      | +6      | -194   |

Tabellen over viser befolkningsutviklingen i Rennebu statistisk sett. Denne er forbundet med usikkerhet, men bør allikevel vektlegges da den viser utviklingstendenser når framtiden skal planlegges. Spesielt er reduksjonen i den yrkesaktive aldersgruppen, 25-66 år og ikke minst de som er yngre, verd å merke seg.

Det kommer til å bli færre arbeidstakere å rekruttere fra, samtidig som det nesten er en fordobling i antallet eldre i alderen 80+ som vil trenge mer pleie. Dette viser at det vil bli utfordringer med å skaffe nok hender til å utføre tjenestene.

*St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening* gir et framskrevet personellbehov innen omsorgstjenestene som på landsplan tilsvarer en økning på 50 % fram til 2030 og 130 % fram til 2050.

Tiltak for å beholde det personellet en har og å rekruttere nytt personell vil bli en hovedoppgave i årene framover. Mange tiltak kan være aktuelle og må planlegges og settes i system. Dette gjelder for eksempel tilbud om boliger og barnehageplass, arbeids- og lønnsforhold og tilrettelegging med seniortiltak.

Rennebu kommune tilbydde sommeren 2009 åtte ungdomsskoleelever sommerjobb ved IPO som en mulig rekruttering til yrket. Tilbudet er evaluert og vil bli videreført i 2010.

- *Planleggingen for perioden 2010-2020 bør vektlegge tiltak som gjør at kommunen kan beholde og rekruttere personell til helse- og omsorgstjenestene.*
- *Rennebu kommune bør utarbeide seniorpolitiske tiltak for å beholde personell lenger som yrkesaktive*
- *Rennebu kommune bør tilrettelegge slik at pensjonister og andre trygdede, som selv ønsker det, kan utføre meningsfylt arbeid.*

### **3.5 Stort behov for rekruttering av fagpersonell**

Omsorgstjenesten er og vil bli den mest arbeidskraftsintensive tjenesten i kommunene. Arbeidsmarkedet er i dag mindre stabilt enn tidligere. Yngre arbeidstakere er interessert i oftere jobbskifter for å utvikle seg og lære nytt. Gjennom elendighetsbildet som skapes gjennom media har omsorgstjenesten fått et mulig ufortjent dårlig omdømme. I dag er ¼ av de 110 000 årsverkene som utføres i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten på landsbasis ufaglært.

FAFO-rapport 337 viser at de viktigste faktorene som kommunene kan gjøre noe med for å få riktig og tilstrekkelig bemanning, ligger i innsats for å utvikle og beholde nøkkelpersonell:

*Først og fremst dreier det seg om tilrettelegging av arbeidet, om lederens evne til å tydeliggjøre virksomhetens mål og trekke de ansatte med i utformingen av arbeidet. Slike miljøer vil på det nærmeste kunne være selvrekrutterende. Avdelinger med faglig utfordrende virksomhet er mer attraktive for kvalifisert arbeidskraft enn avdelinger uten.*

St. meld. nr. 25 trekker fram at den mest offensive strategien for å rekruttere flere er å utvide spekteret av type kompetanse til tjenestene.

Rennebu har i dag et relativt stabilt personale og kommunen har bra tilgang på fagutdannet personale. Situasjonen kan imidlertid fort endres da tjenestene er sårbare pga størrelsen. Kostra-tallene viser at andelen tilsatte med fagutdanning er som i sammenlignbare kommuner.

Rennebu kommune har noen utfordringer når det gjelder omdømme. Tjenestens grunntone preges av pleie og overtakelse, i stedet for ansvarliggjøring og mestring.

Rennebu kommune har et relativt høyt antall deltidsstillinger. Et tiltak på kort sikt for å dekke nødvendig behov for personell, kan være å utvide stillingsandelene til de som arbeider i små stillingsbrøker. Noen arbeidstakere har flere arbeidsforhold i kommunen som en følge av dette.

Samhandlingsreformen vil medføre behov for kompetanse innen flere områder enn hva tilfelle er i dag. Dette kan løses med blant annet interkommunalt samarbeide. Kommunal kompetanseplan, som er under utarbeidelse, vil gi et oversiktlig bilde av hvilken kompetanse kommunen har, hva vi mangler og hva vi trenger å bygge opp eventuelt gjennom interkommunalt samarbeid. Gjennom aktiv bruk av planen kan kompetansen som går ut ved f. eks oppnådd pensjonsalder, erstattes i god tid.

Brukerundersøkelser viser tross alt at brukertilfredsheten både på sykehjem og i hjemmetjenesten er relativt høy, henholdsvis 3,6 og 3,5 av beste skår 4. At ansatte i tjenesten, pårørende/familie, lokale politikere og menigmann er mindre fornøyd, kan rett og slett skyldes at samfunnet har forventninger om mer. Medarbeiderundersøkelser viser at å arbeide innenfor pleie og omsorg er svært meningsfylt. Det store flertallet av ansatte trives med sine kolleger, med nærmeste ledelse og uttrykker stolthet over egen arbeidsplass.

- *Rennebu kommune bør vektlegge tiltak som gjør kommunen attraktiv som arbeidsgiver. Aktiv bruk av Kompetanseplanen gir forutsigbarhet i planlegging av behov.*
- *Rennebu kommune bør gjennomføre brukerundersøkelser med fokus på tilfredshet, inklusive uttalelser fra pårørende, med jevne mellomrom.*

### **3.6 Raskere tilbakeføring fra sykehus**

Utfordringene til kommunene fra spesialisthelsetjenesten er i rask endring. Det kan pekes på tre store utfordringer for kommunene:

- a) Det er forventet at kommunen skal ta imot tidligere utskrivinger fra sykehus til behandling og rehabilitering. Gjennomsnittlig liggetid på St. Olavs sykehus er i dag 5,11 døgn (statistikk fra 2007). De fleste kommuner velger å organisere behandlings- og rehabiliteringstilbudet med avsatte, definerte plasser i egen korttidsavdeling. Rennebu kommune har i dag satt av 4 plasser på sykehjemmet til dette.
- b) En rekke behandlinger som tidligere ble gjort ved innleggelse på sykehus, gjøres i dag som dagbehandling og poliklinisk. Mange av disse pasientene kommer hjem og har behov for oppfølging og rådgiving. Dette betinger at HPO har tilstrekkelig med sykepleiere på alle vakter.
- c) En rekke kronisk syke pasienter som tidligere lå på sykehus og institusjon, kan i dag bo hjemme. Dette kan være alvorlige nerve- og muskellidelser, alvorlige trafikkskader, kronisk lungesyke og terminalt syke og dødende mennesker. Til dels kan behandlingen i hjemmet være vanskelig medisinsk behandling med avansert medisinsk teknisk utstyr. For små kommuner kan en ny slik pasient bli en betydelig faglig og ressursmessig utfordring. Rennebu kommune har vist at en har maktet slike oppgaver, men både fagdekning og personelldekning generelt har vist seg å være vanskelig.

Samhandlingsreformen, som sannsynligvis trer i kraft fra 2012, vil medføre at kommunen må ta imot mennesker som utskrives fra sykehus på et enda tidligere tidspunkt og enda flere med komplisert sykdomsoppfølging enn det som skisseres ovenfor.

- *Rennebu kommune bør planlegge og organisere tjenesten slik at en er i stand til å ta imot og følge opp de utfordringer som ligger i samhandlingsreformen med blant annet tidligere tilbakeføringer fra sykehus og hjemmebehandling av alvorlig syke mennesker. Planlegging av interkommunalt samarbeid for å takle disse utfordringene er igangsatt.*

### **3.7 Bedre tilrettelegging for mennesker med demens**

St. meld. nr. 25 og departementets Demensplan 2015 understreker at omsorgstjenestene i større grad må bygges opp og utformes for å ivareta behovene til mennesker med demens. Økende alder blant kommunens innbyggere vil føre til at forekomsten av demenssykdommer vil øke. Demens øker eksponentielt med økende alder. Tjenester som er planlagt og utbygd for mennesker med demens vil også kunne brukes av alle andre grupper med omsorgsbehov. Stortingsmeldingen peker derfor på at all om- og utbygging bør ha mennesker med demens som målgruppe, for dermed å kunne være fleksible til å møte utfordringene framover.

Rennebu kommune har rutiner for diagnostisering når brukere legges inn i sykehjem. Det forhold at det i dag bor mange med demenssykdom i sykehjem vil måtte få betydning for planlegging og drifting. Her trengs det stor bevissthet når det gjelder type boarena, utredning, brukerflyt, kompetanse og veiledning av personalet og pårørende.

Rennebu kommune har egen avdeling på sykehjemmet som er spesielt tilrettelagt for mennesker med demens med plass til 7 beboere. Det vil være behov for å legge til rette, organisere og bygge ut demensomsorgen ytterligere i kommunen.

- *Rennebu kommune bør gjennom en egen demensplan ivareta behovene til mennesker med demens og legge til rette for fleksible og fremtidsrettede løsninger. Denne må ta for seg hele tiltakskjeden, fra de som bor hjemme til de som må ha et heldøgnsstilbud utenfor egen bolig.*

### **3.8 Dagens tjenestetilbud - kostradata**

Tall fra offentlig statistikk viser at Rennebu kommune har godt utbygd pleie- og omsorgstjeneste. Tabellen nedenfor viser at Rennebu kommune skiller seg ut når det gjelder tildeling av hjemmesykepleie og praktisk bistand i alle aldersgrupper. Også når det gjelder institusjonsplasser har Rennebu god dekning i forhold til sammenlignbare kommuner og i forhold til fylkes- og landsgjennomsnitt.

**Tabell 2: Mottakere av kommunale hjemmetjenester i ulike aldregrupper per 100 innbygger i samme aldersgruppe. Og dekningsgrad av institusjonsplass og bolig med heldøgns bemanning i prosent av befolkning 80 år og eldre. Alt i prosent.**

| 0-67 år                             | Rennebu          | Selbu | Åfjord    | Tingvoll | Re   | Kommuner mellom 2000-4999 innbyggere | Fylket | Landet |
|-------------------------------------|------------------|-------|-----------|----------|------|--------------------------------------|--------|--------|
| Bare hjemmesykepleie                | 2,9              | 0,2   | ikke reg. | 0,5      | 0,7  | 0,9                                  | 0,4    | 0,6    |
| Bare praktisk bistand               | 0,8              | 0,5   | ikke reg. | 0,5      | 0,6  | 0,5                                  | 0,3    | 0,4    |
| Både hjemmespl. og praktisk bistand | 0,3              | 0,3   | ikke reg. | 0,3      | 0,2  | 0,4                                  | 0,4    | 0,3    |
| 67-79 år                            |                  |       |           |          |      |                                      |        |        |
| Bare hjemmesykepleie                | 4,6              | 3,9   | ikke reg. | 1,7      | 2,4  | 3,5                                  | 2,1    | 2,8    |
| Bare praktisk bistand               | 3,0              | 4,1   | ikke reg. | 1,7      | 1,6  | 3,0                                  | 2,1    | 2,4    |
| Både hjemmespl. og praktisk bistand | 1,7              | 3,0   | ikke reg. | 2,6      | 4,3  | 3,4                                  | 2,8    | 2,7    |
| 80 år og eldre                      |                  |       |           |          |      |                                      |        |        |
| Bare hjemmesykepleie                | 20,2             | 13,4  | 13,6      | 7,9      | 13,1 | 10,3                                 | 7,7    | 9,4    |
| Bare praktisk bistand               | 12,0             | 6,7   | 6,3       | 8,8      | 10,0 | 10,0                                 | 9,6    | 9,9    |
| Både hjemmespl. og praktisk bistand | 14,2             | 15,1  | 17,0      | 14,8     | 25,3 | 18,3                                 | 16,2   | 15,1   |
| Institusjonsplass                   | 21,9             | 15,1  | 19,9      | 18,5     | 4,7  | 18,9                                 | 20,4   | 18,5   |
| Bolig med heldøgns bemanning        | 29,0 (2006 tall) | 20,0  | 26,0      | 30,0     | 29,0 | 29,0                                 | 29,0   | 28,0   |

Å presentere alle nøkkeltallene for pleie- og omsorgstjenesten i Rennebu kommune slik de fremkommer i offentlig statistikk vil bli for omfattende i denne rapporten (det vises til RO-rapporten for mer detaljerte opplysninger). Man bør heller ikke dra for bastante konklusjoner om hvordan pleie- og omsorgstjenesten i Rennebu kommune driftes sammenlignet med gjennomsnittet for andre kommuner, da det hefter usikkerhet til datakvaliteten på den type registerdata som er benyttet. Nøkkeltallene gir imidlertid grunnlag for å antyde kostnadsprofil og nivå samt stille grunnleggende spørsmål.

Hvis en tar utgangspunkt i tallene for Rennebu slik disse er tilgjengelig i offentlig statistikk, kan følgende særtrekk ved kommunen og pleie- og omsorgstjenesten oppsummeres:

- o Rennebu kommune har relativt få enslige personer 80 år og eldre.
- o Kommunen har relativt mange innbyggere 16 – 66 år som er uførepensjonister.
- o Rennebu kommune har relativt få personer med utviklingshemming
- o Rennebu kommune har relativt få ressurskrevende brukere.
- o En relativt stor andel av befolkningen i Rennebu kommune er 80 år og eldre.
- o Relativt høy skår på levekårsindeksen, dvs. gode levekår. Dette kan ha betydning for utfordringene innen helse- og omsorgssektoren.

- o Rennebu kommune prioriterer pleie- og omsorgstjenesten meget høyt.
- o Relativt lave lønnskostnader per årsverk. Men av samla kommunal lønnsmasse medgår hele 40,3 prosent til pleie- og omsorg
- o Relativt mange innbyggere i Rennebu kommune får hjemmetjenester.
- o Relativt lav andel beboere på korttidsopphold.

➤ *Ved hjelp av kostradata evalueres helheten i omsorgstjenesten i Rennebu.*

### 3.9 Økende etterspørsel fra turister

Omsorgstjenestene i Rennebu har til nå i forholdsvis beskjeden grad merket etterspørselen etter omsorgstjenester fra gjester i kommunen. Etter lovverket har disse rett til helse- og omsorgs-tjenester etter behov på lik linje med innbyggerne, enten dette er hjemmesykepleie eller legehjelp. Kommunenes Sentralforbund i Buskerud, Telemark og Vestfold har utredet denne problemstillingen. Deres konklusjon er at omsorgstjenesten i fjellhyttekommuner i disse fylkene vil få en tiltagende utfordring, men at det særlig er forventet at utfordringen vil komme om 15-20 år. Det er ikke gjort en tilsvarende undersøkelse i Sør-Trøndelag, men det er rimelig å anta at man må kunne forvente en tilsvarende utvikling også her.

➤ *Planleggingen for perioden 2010 – 2020 bør sikre tilstrekkelig kapasitet på hjemmetjenestene til at en økende etterspørsel fra hytteturister kan ivaretas.*

### 3.10 Utfordringer - Sammendrag

Oppsummering av utfordringene innen omsorg i Rennebu kommune:

- *Planleggingen for perioden 2010-2020 bør legge både en faglig og organisatorisk plattform for å møte utfordringene som ligger i befolkningsutviklingen. Det betyr at det bør avsettes areal for å tilrettelegge for utbygginger slik at tilbudet tilpasses brukerne bedre.*
- *Rennebu kommune bør utarbeide boligsosial plan.*
- *Omsorgsbehovet for brukere under 67 år bør kartlegges og behovene ivaretas for perioden 2010-2020*
- *Planleggingen for perioden 2009-2020 bør vektlegge tiltak som gjør at kommunen kan beholde og rekruttere personell til helse- og omsorgstjenestene.*
- *Rennebu kommune bør utarbeide seniorpolitiske tiltak for å beholde personell lenger som yrkesaktive*
- *Rennebu kommune bør tilrettelegge slik at pensjonister og andre trygdede, som selv ønsker det, kan utføre meningsfylt arbeid.*
- *Rennebu kommune bør vektlegge tiltak som gjør kommunen attraktiv som arbeidsgiver. Aktiv bruk av Kompetanseplanen gir forutsigbarhet i planlegging av behov.*

- *Rennebu kommune bør gjennomføre brukerundersøkelser med fokus på tilfredshet, inklusive uttalelser fra pårørende, med jevne mellomrom.*
- *Rennebu kommune bør planlegge og organisere tjenesten slik at en er i stand til å ta imot og følge opp de utfordringer som ligger i samhandlingsreformen med blant annet tidligere tilbakeføringer fra sykehus og hjemmebehandling av alvorlig syke mennesker. Planlegging av interkommunalt samarbeid for å takle disse utfordringene er igangsatt.*
- *Rennebu kommune bør gjennom en egen demensplan ivareta behovene til mennesker med demens og legge til rette for fleksible og fremtidsrettede løsninger. Denne må ta for seg hele tiltakskjeden, fra de som bor hjemme til de som må ha et heldøgnsstilbud utenfor egen bolig.*
- *Planleggingen for perioden 2010 – 2020 bør sikre tilstrekkelig kapasitet på hjemmetjenestene til at en økende etterspørsel fra hytteturister kan ivaretas.*
- *Ved hjelp av kostradata evalueres helheten i omsorgstjenesten i Rennebu.*
- *Planleggingen for perioden 2010 – 2020 bør sikre tilstrekkelig kapasitet på hjemmetjenestene til at en økende etterspørsel fra hytteturister kan ivaretas.*



## 4 Hovedprinsipper

### 4.1 Hovedprinsipper for omsorgstjenesten 2010 - 2020

I samhandlingsreformen (St. meld. Nr. 47) legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenking med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor Beste Effektive OmsorgsNivå (BEON-prinsippet).

I kommuneplan 2009-2020 har området helse og omsorg følgende hovedoverskrift: ***Innbyggerne skal stimuleres til god helse i et raust, inkluderende fellesskap.*** Dette skal oppnås gjennom følgende strategier:

- *Tverrfaglig planlegging av helseforebyggende tiltak*
- *Fokus på aktivitet, stimulering og mestring for alle med hjelpebehov*
- *Tilrettelegge for god folkehelse*
- *Tilby tjenester med riktig kvalitet til rett tid*
- *Samspill med pårørende og frivillige ressurser*
- *Gi tilbud som gir trygghet*
- *Tjenestene skal arbeide mot at den enkelte skal mestre hverdagen sin.*

### 4.2 En helhetlig og fleksibel tiltaks- og behandlingskjede

Brukerne skal oppleve trygghet ved behov for hjelp fra omsorgstjenesten i Rennebu kommune. De skal få tjenester etter behov uavhengig av hvor i kommunen de bor, om de bor i institusjon, i omsorgsbolig eller i opprinnelig hjem.

Tjenester skal gis etter behov. Dette betinger at kommunen har et bredt tilbud på sine tjenester. Dette visualiseres gjennom den såkalte **omsorgstrappa**, viser til fig. 2. Omsorgstrappa illustrerer at kommunens ressursbruk til helse- og omsorgstjenestene trinnvis må tilpasses behovene helt fra de enkle, forebyggende tiltak til de komplekse, ressurskrevende tiltak. Kommuner med en god helse- og omsorgstjeneste kjennetegnes av at kommunen har et tilstrekkelig tilbud innen alle trinn i omsorgstrappa. Analysen av pleie- og omsorgstjenestene i Rennebu kommune viser at kommunen prioriterer pleie- og omsorgstjenesten høyt. Det er relativt mange innbyggere som mottar hjemmetjenester i form av hjemmesykepleie og sykehjemsplass, mens relativt få mottar hjemmehjelp. En lav andel er på korttidsopphold, kun 4 plasser på sykehjemmet er avsatt til dette formålet.

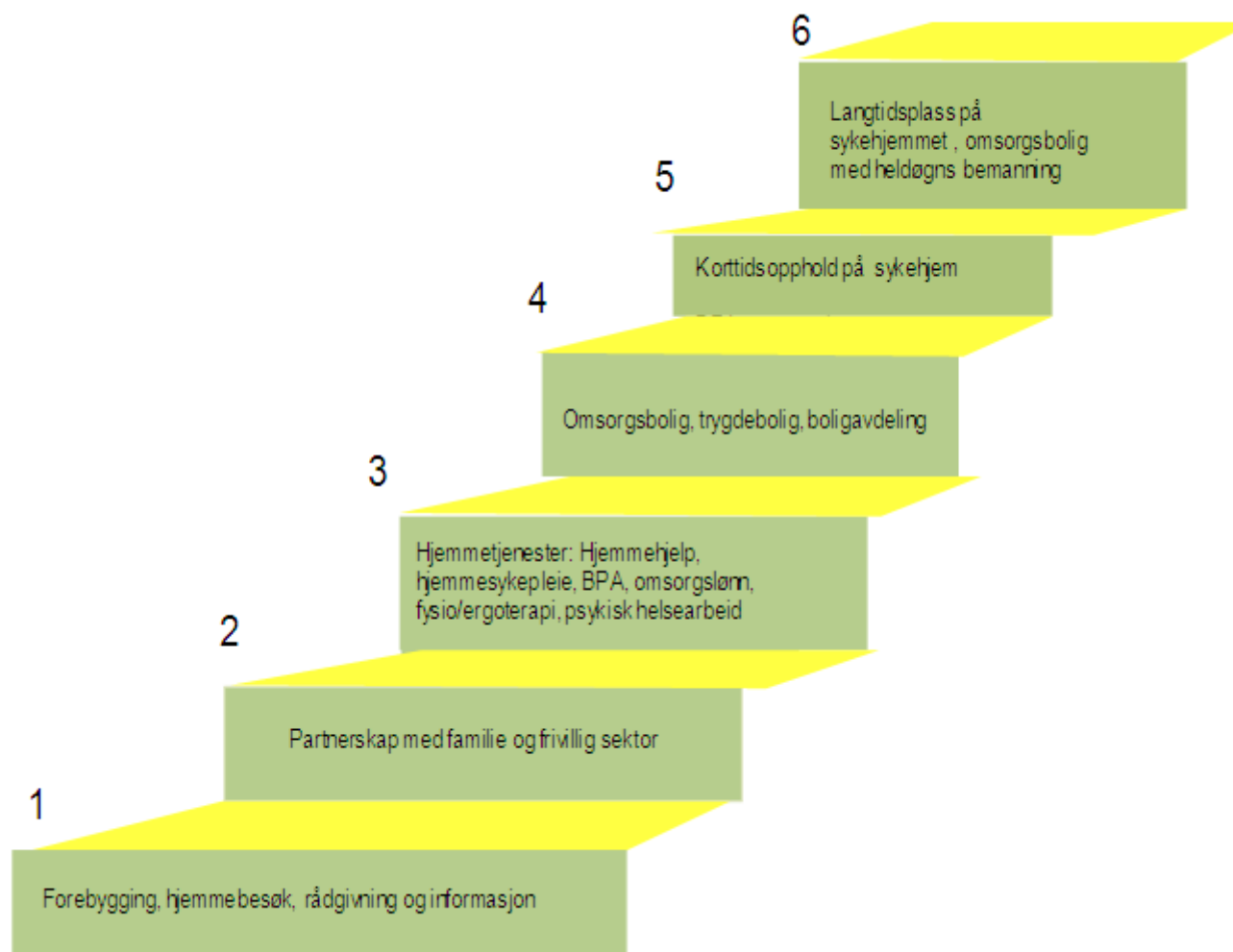


Fig. 2 Omsorgstrappa, - med økende behov settes det inn mer ressurskrevende hjelpetiltak

Tildeling av tjenester etter behov setter store krav til organisasjonen. De som tildeler tjenester må kunne spille på hele registeret av tiltak og utnytte alle trappetrinn i tiltakskjeden. RO sin analyse av omsorgstjenesten indikerer at dette ikke fungerer godt nok i dag blant annet ved at det er for lite fokus på mestring og rehabilitering og for lav andel beboere på korttidsopphold. Det er derfor viktig å styrke arbeidet med å kartlegge behov og framskaffe beslutningsgrunnlaget for vedtak om tjenester. Det må også vurderes hvordan dette arbeidet skal organiseres og om det er mulig å frigjøre bestillerrollen (den som faglig vurderer behovet fra tjenester) fra utførerrollen (den som har ansvaret for å drifte tjenester).

### 4.3 BEON-prinsippet, forebygging, brukermedvirkning og samarbeid

Tjenester skal gis etter behov. Vi må legge opp til et system som sikrer rett tjeneste til rett bruker til rett tid og med den nødvendige kvalitet. Å gi en bruker for lite tjenester på et for lavt nivå vil være i strid med dette. På samme måte vil det også være i strid med en slik målsetting hvis det blir gitt for omfattende tjenester på et for høyt omsorgsnivå, fordi dette vil frarøve ressurser fra andre brukere som trenger tjenester.

Den kommunale omsorgstjenesten har en ressursramme å forholde seg til og innenfor disse rammene må tjenestene fordeles etter BEON-prinsippet slik at alle som har et tjenestebehov får den nødvendige hjelp etter en nærmere faglig vurdering med fastlagte kriterier. For eksempel vil en bruker som får tildelt langtidsplass på sykehjemmet to år "for tidlig" i disse årene stenge for mange andre brukere sitt behov for en korttidsplass.

Alle brukere skal få de nødvendige tjenester på det laveste trappetrinnet i omsorgstrappa som tilfredsstillende deres behov. Dagens praksis avviker noe fra dette prinsippet, da institusjonsplass og dermed "full pakke" av tjenester brukes for å løse behov lenger nede i omsorgstrappa. Ved å gi tjenester på det laveste trappetrinnet i omsorgstrappa som avhjelper behovet, vil ressursene kunne benyttes mest mulig effektivt og målrettet slik at alle brukere får dekket sine behov gjennom tjenesteapparatet. Slik er det ikke i dag, da fokuset på mestring og rehabilitering synes å være for svakt til å kunne gi tilfredsstillende tjenester til brukere i eget, opprinnelig hjem.

For å kunne legge BEON-prinsippet til grunn for tildeling av omsorgstjenester i kommunen, er det to felt som må prioriteres høyt. Det er forebygging og rehabilitering. Forebygging for å styrke og oppmuntre brukerens egenomsorg. Dette vil både gi økt livskvalitet for den enkelte, avhjelpe pårørende og utsette ressurskrevende hjelpetiltak fra det offentlige. Rehabilitering bygger videre på dette ved at grunntanken i alle hjelpetiltak rundt den enkelte pasient som har vært syk eller skadet, må være å bringe vedkommende opp til et funksjonsnivå der han eller hun i størst mulig grad kan greie seg selv.

Omsorgstjenestene har beveget seg fra en ideologi der alle skulle sikres de samme tjenester til en større vektlegging av valgfrihet og individuell tilpasning. Den beste måten å få dette til på, er å sikre ordninger som gir reell brukermedvirkning. St.meld. nr. 25 sier at sterkere brukerinnflytelse skal gjennomsyre morgendagens omsorgstjeneste.

St.meld. nr. 25 legger stor vekt på samarbeidet med frivillig sektor og brukernes familie. Skal det offentlige klare de utfordringer som ligger i "eldrebølgen" må tjenestene utvikle et nært samarbeid både med pårørende og frivillig sektor. Stortingsmeldingen bruker begrepet partnerskap med familie og lokalsamfunn.

En rekke undersøkelser viser at det først og fremst er på det sosiale og kulturelle området den offentlige helse- og omsorgstjeneste kommer til kort. I særlig grad gjelder dette brukere i sykehjem og i omsorgsboliger. De basale pleie- og omsorgsbehov blir nok som regel dekket, men det å bidra til å fylle dagene med meningsfullt innhold, blir det ofte ikke tid til i en travel hverdag. St.meld. nr. 25 understreker sterkt ansvaret kommunene har for å legge til rette for en aktiv omsorg og *"bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre"* (Sosialtjenestelovens formålsparagraf)

Miljøterapi preges ofte av en annen kultur enn den tradisjonelle omsorgstjenesten, i miljøterapi vil det være fokus på å bidra til å fylle brukernes dager med meningsfylt innhold, innen den tradisjonelle pleie- og omsorg vil omsorgstjenesten først og fremst ha fokus på å dekke de basale behov for pleie og praktisk bistand. Det er en utfordring å videreutvikle begge disse ”kulturer” og la de bli flettet inn i hverandre i en samlet og samordnet omsorgstjeneste.

## 4.4 Bobehov og bokvalitet

I 1980-åra var det viktig å boliggiøre institusjonene. Hadde brukerne plass ved institusjon, skulle dette være deres hjem og de skulle få dekket alle sine tjenestebehov der på lik linje med de andre beboerne. Fra 1990-årene og fram til i dag har den enkelte sine rettigheter blitt mer tydeliggjort. Både i forholdet til mennesker med fysisk og psykisk funksjonshemming og mennesker med psykiske lidelser ble institusjonene nedlagt og retten til et selvstendig liv i et eget hjem understreket. Mange viser til denne sammenhengen og kaller avinstitusjonaliseringen av eldreomsorgen for ”den stille reformen”. Undersøkelser (Brevik og Schmidt 2005) viser at de nye eldre vil ha en annen boform enn et rom på en institusjon når de ikke lenger kan bo hjemme.

Med i denne avinstitusjonaliseringen hører det også med at den enkelte skal få dekket sine hjelpebehov eller funksjonsbehov med tilpassede, skreddersydde tjenester. Den enkelte bruker skal selv få bestemme sin egen døgnrytme, skal få sykepleier- og legetilsyn etter behov, få dusje i egen dusj etter behov og ikke etter køsystem i en fellesdusj, og få bestemme om en selv vil lage seg brødmat eller middagsmat.

I dag skal i hovedsak det offentlige ha ansvar for å dekke de ulike hjelpebehov, mens det er den enkelte som selv har ansvar for et sted å bo. En regner med at dette blir enda tydeligere i fremtiden, da folk vil tilpasse egen bolig i forhold til sin egen livssituasjon og eget funksjonsnivå. Trolig vil behovet for de tradisjonelle eldreboliger eller trygdeboliger bli mindre i åra framover. Likevel har kommunen plikt til å bygge opp et botilbud innen omsorgstjenestene for grupper med omfattende behov. Dette følger av § 7.5 i Lov om sosiale tjenester:

*Kommunen har ansvaret for planlegging, etablering og drift av boliger med heldøgns omsorgstjenester for dem som på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker har behov for det.* Tidligere har dette i hovedsak blitt tilbudt gjennom rom i institusjon. I dag er det en bred faglig og politisk aksept for at brukere som primært har et bobehov, skal bli tilbudt dette uavhengig av institusjon.

Tidsperspektivet for en omsorgsplan 2010 – 2020 der en også skal forberede for utfordringene de neste 10-30 år, er svært langt. Det er derfor viktig at alle ombygginger og nybygg har en fleksibilitet i forhold til endringer i omsorgsbildet i framtida. Flest mulig boenheter bør i utgangspunktet bygges slik at de kan fungere både som omsorgsbolig og sykehjemsrom. Dermed vil en uavhengig av bygningsmassen kunne legge ulike funksjoner inn i bygningene alt etter som lokale forutsetninger eller myndighetskrav endres. Det er selvsagt økonomiske begrensninger knyttet til ombygging av eksisterende bygningsmasse. De fleste eksisterende sykehjemsplasser i institusjonene må derfor av økonomiske grunner fortsatt være utformet som rom og ikke som fullverdige boenheter. Målsettingen er å kunne tilby flest mulig fleksible boenheter organisert i bofellesskap. Så må heller økonomi og bygningsmasse sette begrensninger i gjennomføringen av en slik målsetting.

## 4.5 Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten omfatter tjenester etter sosialtjenesteloven (bl.a. praktisk bistand, hjemmehjelp, brukerstyrt personlig assistent, hjemmevaktmester, matombringing, trygghetsalarm) og etter kommunehelsetjenesteloven (bl.a. hjemmesykepleie, bistand fra fysio- og ergoterapeut og personell innen psykisk helsearbeid). Lovproposisjon om ny felles lov for dette området planlegges fremmet i Stortinget i 2010.

Det er en trend i norske kommuner at mer og mer av den praktiske bistand blir gitt gjennom private tilbud (rengjøringshjelp, tekniske tjenester, varebringing), mens den offentlige tjenesten i større grad vektlegger miljøarbeid og helsehjelp i form av medisinske tjenester, pleie, opptrening og målrettede aktiviteter. Det er derfor nødvendig gjennom tjenestebeskrivelser og retningslinjer å avklare hvilke tjenester som skal inngå i Rennebu kommunes tilbud om praktisk bistand eller hjemmehjelpstjeneste. Gjeldende brosjyre som delvis beskriver dette, er moden for revidering og bør behandles politisk. Det legges da en list for tjenestenivå som både brukere og tjenesteapparat kan forholde seg til.

Hjemmetjenesten oppfattes oftest som hjemmehjelp eller hjemmesykepleie til eldre der hovedinnholdet er pleie og behandling. Igjen må det minnes om at 1/3 av brukerne i omsorgstjenesten er under 67 år på landsbasis. Til disse brukerne er det ikke pleie, men miljøarbeid som er hovedinnholdet i tjenesten. Dette er opplæring og hjelp til å fungere i det daglige, hjelp til å leve et meningsfylt liv med aktiviteter, sosial kontakt og opplevelser. Målgruppen er de av oss som har en eller annen form for nedsatt funksjonsevne, enten det skyldes medfødte tilstander eller følgetilstander av sykdom eller skade. Det kan være ulike hjelpetiltak til denne gruppen, som bl.a. praktisk bistand, brukerstyrt personlig assistent (BPA), avlastingstilbud, tekniske hjelpemidler, støttekontakt, hjemmehjelp, omsorgslønn. Hjelp til og opplæring i daglige gjøremål kan fort komme opp i 20-30 timer i uken til for eksempel for mennesker med fysisk og psykisk funksjonshemming.

Enkelte i denne sammensatte gruppen av brukere er svært ressurskrevende og må ha 1:1 eller 1:2 bemanning 24 timer i døgnet.. For en liten kommune som Rennebu vil derfor en ny slik bruker gi store konsekvenser da 1:1 bemanning vil utløse et hjelpebehov tilsvarende litt over 5 årsverk fordelt på 9 ansatte. Dette er en personellmessig utfordring og det er også en økonomisk utfordring selv om staten har innført ordninger som et stykke på vei kompenserer for utgifter til ressurskrevende brukere.

Den delen av hjemmetjenestene som er rettet mot mennesker med nedsatt funksjonsevne, har et stort behov for fagpersonell. I særlig grad gjelder dette høyskoleutdannet personell som vernepleiere og sosionomer. I forhold til brukere som hyppig omfattes av planlagte tvangstiltak, er det lovmessig krav om høyskoleutdannet personell.

De fleste brukere i omsorgstjenesten vil, - i tråd med denne planen, i framtida bo i egne hjem, enten i sitt opprinnelige hjem eller i omsorgsboliger i bofellesskap. Et mindretall vil bo eller oppholde seg på institusjon. Hjemmetjenesten vil derfor utgjøre hovedtjenesten i omsorgstilbudet i Rennebu kommune.

## 4.6 Institusjonstjenesten

Mange kommuner rendyrker i dag sykehjemmene som en medisinsk institusjon for korttidsopphold der alle langtids botilbud er definert ut av institusjonen. Denne planen legger ikke opp til denne utviklingen i Rennebu kommune. Det betyr at det fortsatt foreslås både korttidsplasser og langtidsplasser i institusjonstjenesten i kommunen.

Langtidsplassene i institusjonstjenesten skal være et tilbud til brukere med et så omfattende pleie- og/eller tilsynsbehov at det overskygger bobehovet. Ressursbruken til personell og/eller utstyr vil være svært omfattende. Det er vanskelig å avgrense målgruppen entydig. Men det er særlig to grupper som vil utgjøre hovedtyngden av disse brukerne. En gruppe betegnes med begreper som ”de sykeste syke” eller ”fulltids pleietrengende”. Den andre gruppen har alvorlig grad av demens eller andre alderspsykiatriske hoveddiagnoser og de kan ha omfattende atferdsforstyrrelser som gir behov for kontinuerlig tilsyn eller skjerming. Denne gruppen betegnes ofte som ”de dårligste demente”.

Korttidsplassene i institusjonstjenesten skal være et tilbud om medisinsk behandling, rehabilitering, terminal omsorg, avlastning og trygghetsplass til alle aldersgrupper i kommunen. I korthet nevnes noen hovedpunkter om disse ulike gruppene:

- Medisinsk behandling vil omfatte brukere innlagt fra sykehus til behandling eller til oppfølging av påbegynt behandling av en diagnostisert lidelse, det vil omfatte brukere innlagt av lokal lege til observasjon eller observert behandling, evt. innlagt av omsorgstjenesten ved behov for akutt pleie.
- Rehabilitering er et tilbud der innleggelse i avdeling er ønskelig for å kunne gjennomføre en helhetlig rehabilitering. Dette ut fra en bred forståelse av begrepet rehabilitering der både psykisk, sosial og somatisk rehabilitering innbefattes. En helhetlig rehabilitering vil kreve en tverrfaglig tilnærming. Tilbudet må defineres nærmere gjennom planlegging der yrkesgrupper som fysioterapeut og ergoterapeut er selvskrevne, men der også sosionom og psykiatrisk sykepleier bør medvirke.
- Terminal omsorg gjelder pleie og omsorg ved livsløpets slutt der det ikke er mulig eller ønskelig å gi dette i brukerens hjem. Det er også aktuelt å legge inn alvorlig syke mennesker for lindrende behandling eller justering av slik behandling. Kompetanse på terminal omsorg og lindrende behandling skal kommunen gi uavhengig av brukerens boform og bosted.
- Avlastning kan a) gis etter kommunehelsetjenesteloven der korttidsoppholdet er målrettet for å gi brukeren et ”serviceopphold” for å styrke brukerens helse og dermed mulighetene til fortsatt å bo hjemme. Eller b) gis etter sosialtjenesteloven der målsettingen er å avlaste pårørende for omfattende pleieoppgaver.
- Trygghetsplass gis til en bruker som selv melder utrygghet med ønske om inn-

leggelse på korttidsavdeling. Brukeren er da garantert et opphold på inntil tre døgn der omsorgstjenesten i løpet av denne tiden iverksetter tiltak som gir større trygghet i hjemmesituasjonen.

Funksjonsinndelingen av korttidsplassene må planlegges videre. Det er viktig at tilbudet både er organisert slik at det er avsatt spesifikke plasser til de ulike funksjoner, men også slik at det er fleksibilitet i bruken av plassene. En skal ikke ha så øremerkede funksjonsplasser at plasser blir stående tomme i påvente av den "rette" diagnosen. For å dekke behovene som beskrives ovenfor, vil det i fremtiden være behov for interkommunalt samarbeid, - noe som er i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, st. meld. nr 47.

## 4.7 Fagpersonell og fagmiljø

Når leger, sykepleiere og andre faggrupper velger vekk kommunehelsetjenesten til fordel for spesialisthelsetjenesten, er det vanligste ankepunktet at de i kommunens helse- og omsorgstjeneste blir stående så alene med ansvar og arbeidsoppgaver og at de savner et fagmiljø.

På denne bakgrunn er det å bygge opp sterke og dyktige fagmiljø et av kommunens viktigste tiltak for å sikre stabil arbeidskraft og fremme nyrekruttering. Målet må være at alt fagpersonell skal tilhøre et fagmiljø som vektlegger å være nysgjerrig på eget fag, et miljø i stadig utvikling i en lærende organisasjon. Dette kommer ikke av seg selv. Det krever både ressursinnsats og organisering. For å vinne kampen om den framtidige arbeidskraften må derfor kommunen bevisst satse på en slik oppbygging. Dette innbefatter ordninger for å stimulere til etterutdanning og videreutdanning og tid avsatt til faglig fordyping og refleksjon.

Hver enkelt arbeidstager skal oppleve eget fagmiljø som en base for egen yrkesutøvelse der en kan finne faglig grobunn og påfyll. Men med dette fagmiljøet som base, må enkelte fagpersoner brukes på tvers i hele helse- og omsorgstjenesten slik at kompetansen kan tilflyte alle brukere med behov for en slik kompetanse uavhengig av organisatoriske eller geografiske grenser. Dette betinger en organisasjon som er fleksibel, åpen og villig til å dele ut over egne faggrenser og økonomiske rammer. Interkommunalt samarbeid er også svært aktuelt i denne sammenhengen.



Rennebu - et godt sted å være!

## 5 Omsorgstrappa - Tiltak

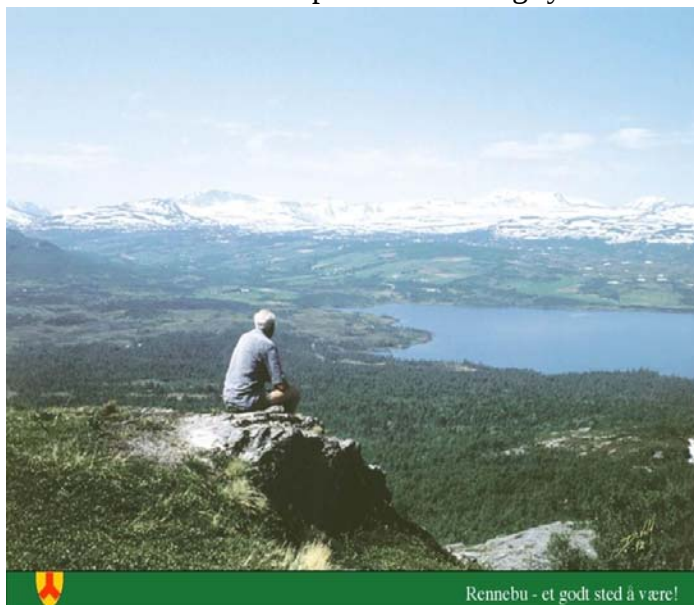
Omsorgstjenestene omfatter en rekke tilbud og tjenester som ytes ut fra brukernes ulike behov. Ut fra den ressursinnsatsen som hjelpeapparatet yter, illustreres ofte det samlede omsorgstilbudet som en omsorgstrapp der hvert trinn betyr økte ressurser i takt med brukernes økte hjelpebehov. Dette illustreres gjennom den såkalte omsorgstrappa, se fig.2 i kap. 4.2.

Dette kapittelet tar for seg ulike tiltak knyttet til de enkelte trinn i omsorgstrappa. De foreslåtte tiltak har ulik detaljeringsgrad. Enkelte tiltak er å anse som visjoner eller målsettinger, andre som strategier og føringer, mens det også er foreslåtte tiltak som er mer konkrete og detaljerte. Dette er et bevisst valg ut fra at de ulike områder innen helse- og omsorgstjenesten har ulike utfordringer. Noen områder har behov for en utredning med en bred tilnærming, på andre områder har en gjennom lang tid fått erfaring om hvor skoen trykker og det er faglig konsensus om veien videre og manglende tiltak. Noen tiltak vil derfor kreve videre arbeid, utredning og vurdering, mens andre kan tas inn i økonomiplanen slik de foreligger.

### 5.1 Trinn 1 - Forebyggende arbeid

Det vises til strategier for helse og omsorg i kommuneplan kap 4.1 og til trinn 1 i omsorgstrappa, fig 2, kap 4.2. Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47) vektlegger kommunenes ansvar for forebygging i stor grad. Forebyggende arbeid vil utsette eller hindre behov for omsorgstjenester. Dette gjelder både helsefremmende, primær-, sekundær- og tertiærforebyggende tiltak (se nedenfor). Brukeren vil få gevinster i forhold til bedret funksjonsevne, større grad av selvhjulpenhet og økt livskvalitet, samfunnet vil ha økonomiske gevinster av å utsette tidspunktet for å sette inn hjelpetiltak.

Helsefremmende tiltak er tverretatlige tiltak som er med på å øke livskvalitet og fremme trivsel og helse for alle innbyggerne i kommunen. Kulturtiltak og tilrettelegging for fysisk aktivitet er et gode eksempler på dette. Det vises til kommunedelplan for idrett og fysisk aktivitet i Rennebu 2009-2013, vedtatt i kommunestyret 18.12.08, hvor det står at *Fysisk aktivitet er et anerkjent virkemiddel i helsefremmende og forebyggende arbeid, og er nedfelt i forebyggingspolitikken, jfr. St.meld. nr. 37 Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid (1992-93) og St.meld. nr 16 Resept for et sunnere Norge (2002-2003). Regjeringen Bondevik utarbeidet en egen handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009, kaldt "Sammen for fysisk aktivitet"*



Primærforebyggende tiltak er rettet mot hele grupper av befolkningen. Det kan være tiltak som sikrer universell utforming av bygninger og uteområder, ulykkesforebyggende tiltak, rusforebyggende tiltak, det kan være eldresenter og

frivilligsentral som er åpen for alle, det kan være god informasjon og system som sikrer tidlig oppdagelse av sykdom. God informasjon kan bestå av brosjyrer, nettsider, aktiv informasjon til lag og foreninger, arrangere temakvelder, "pårørende-skole" osv.

God informasjon er viktig for at innbyggerne skal få de hjelpetjenester de har krav på når behovene melder seg. Holdningene til de kommunale helse- og omsorgstjenester bestemmes i stor grad av hvordan tjenestene omtales av ansatte og politikere. Et godt omdømme er avhengig av at det kommer ut informasjon om det som en lykkes med og får til, og det er avhengig av en bevisst holdning til hvordan feil og mangler best kan tas opp for å unngå å skape unødig utrygghet i befolkningen.

**Tiltak 5.1.1** *Det bør utarbeides en kommunal informasjonsstrategi for tjenester fra helse- og omsorgsapparatet og arbeides bevisst med omdømmebygging.*

Erfaringer viser at eldre blir boende hjemme lenger når de bor sentralt i kommunen fordi dette skaper større trygghet ved at de bor nærmere servicefunksjoner og hjelpetjenester. I RO-rapporten anbefales Rennebu kommune å stimulere til ytterligere sentrumsnær boligbygging slik at særlig eldre som bor desentralisert kan flytte til mer tilrettelagt bolig med muligheter for sosial kontakt og nærhet til ambulante tjenester og andre servicefunksjoner.

**Tiltak 5.1.2** *Rennebu kommune anbefales å tilrettelegge for sentrumsnær boligbygging spesielt med henblikk på eldre.*

Andre kommuner har hatt god erfaring med en oppsøkende virksomhet med helsepersonell til personer over 80 år som ikke har hatt kontakt med omsorgstjenesten tidligere. Det foreslås å bygge ut dette systemet med hjemmebesøk til alle over 75 år. Dette arbeidet gir muligheter til å oppdage hjelpebehov eller sykdomstegn på et tidlig stadium, det gir muligheter for rådgivning og veiledning og det gir muligheter til god og målrettet informasjon om kommunens omsorgstjeneste.

**Tiltak 5.1.3** *Rennebu kommune bør bygge opp en tjeneste med oppsøkende hjemmebesøk til alle over 75 år. Organisering, omfang og kostnad utredes videre.*

Sekundærforebyggende tiltak reduserer konsekvensene av oppstått sykdom og skade. Dette er mer individuelt rettede tiltak som gjennom hjelpemiddel og tilrettelegging for dagliglivets aktiviteter, hjelper den enkelte til å få en bedret funksjonsevne. Grensen over mot rehabilitering og opptrening er flytende, f. eks kan gruppeorganisert opptrening og folkehelsetiltak som mestringsgrupper være viktige sekundærforebyggende tiltak.

**Tiltak 5.1.4** *Det bør videreutdannes personell og tilbys deltagelse på mestringsgrupper for personer som står i fare for å utvikle eller som allerede har en kronisk helseplage*

Tertiærforebyggende tiltak skal forhindre ytterligere svekkelse av sykdom eller nedsatt funksjonsevne. En forebyggende og rehabiliterende innstilling hos helse- og omsorgspersonellet er ofte avgjørende for å få den syke ut av passiv omsorg og over i opptrening og forebygging av ytterligere forverring. Omsorgspersonellet skal ikke overta for brukeren, men støtte opp under egenaktivitet, veilede og oppmuntre. Dette er i stor grad et

spørsmål om holdninger og krever jevnlig påminnelse samt aktivt holdnings- og opplæringsarbeid.

**Tiltak 5.1.5** *Det bør arbeides videre med hvordan omsorgstjenesten skal ha høyt fokus på forebygging, rehabilitering og mestring.*

For å lykkes med forebyggende helsearbeid, er det viktig med en tverrfaglig tilnærming. I denne sammenheng vises det også til kommunens rehabiliteringsplan.

## 5.2 Trinn 2 - Partnerskap og samarbeid

Det vises til strategier for helse og omsorg i kommuneplan kap 4.1 og til trinn 2 i omsorgstrappa, fig 2, kap 4.2. Det er viktig for kommunen å legge til rette slik at eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne kan bruke sine erfaringer og ressurser i lokalmiljø og fellesskap. Den såkalte eldrebølgen er ingen ødeleggende flodbølge. Den er en opphopning i kommunen av kompetanse, erfaring, livskunnskap, ledig kapasitet og tid. Det er bare en liten del av de eldre som kommer inn under omsorgstjenestens ansvarsområde. De aller fleste vil både ha helse, krefter og interesse av å bidra til samfunnsnyttige og byggende aktiviteter. Mange av de eldre og uføre vil bli å finne i de frivilliges rekker.

Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) peker på behovet for at tjenestene samhandler aktivt med pårørende og frivillige ressurser rundt den enkelte tjenestemottaker. Dersom kommunene skal make å gi fullverdig kvalitet på sine tjenester, er erkjennelsen at slikt partnerskap er nødvendig.

Eksempler på et slikt samarbeid reflekteres ofte i enkeltvedtakene der det framgår hvilken dialog som er ført med pårørende og andre frivillige ressurser rundt den enkelte brukeren, og som beskriver hva disse frivillige ressursene kan bidra med av type støtte og hjelp.

De hjemmetjenesteorienterte kommunene har erfaring for at det er lettere å involvere pårørende i heldøgnsomsorgen, dersom arenaen ligger utenfor institusjonene, i omsorgsboliger eller bokollektive løsninger. Men tjenesten må ha systematikk i arbeidet med å legge til rette for og motivere til fortsatt frivillig innsats.

**Tiltak 5.2.1** *Pårørende og frivillige bør vurderes involvert ved tilnærmet alle vurderinger av behov og i den daglige tjenesteytingen. Dette vil på sikt bedre det totale opplegget rundt enkeltbrukeren, samt redusere noe av ressurspresset.*

### 5.2.1 Plan- og koordineringsansvar

I samarbeidet mellom omsorgstjenestene og den enkelte bruker og i samarbeidet med pårørende og frivillige, har kommunen et overordnet ansvar for å ta initiativ, organisere og systematisere arbeidet og gi nødvendig opplæring og veiledning. Overfor den enkelte bruker er kommunen lovpålagt å benytte individuell plan som hovedverktøy for å koordinere hjelpen både fra de ulike kommunale avdelinger og etater, frivillige, familie og pårørende. Samtidig

understrekes brukermedvirkning, all hjelp skal være et tilbud om hjelp gitt på brukerens premisser.

Rennebu kommune har kommet godt i gang med arbeidet rundt individuelle planer. Individuell plan forutsetter brukernes aksept og medvirkning.

I St.meld. nr. 25 nevnes også kommunens ansvar for å legge til rette for at pårørende kan ta aktiv del i omsorgen for den enkelte, f. eks slik at sykehjem tilrettelegges for at pårørende fortsatt kan ta del i det daglige stellet, og kan spise og overnatte sammen med sykehjemsbeboeren.

**Tiltak 5.2.2** *Kommunen bør vektlegge brukermedvirkning og samarbeid med brukernes familie og aktivt gi tilbud om å benytte individuell plan som verktøy for å koordinere hjelpetiltak.*

Ordningen med brukerstyrt personlig assistent (BPA) er godt kjent i kommunen og benyttes pr i dag av 7 personer (oktober 2009). Ordningen med brukerstyrt personlig assistent er en fleksibel form for praktisk bistand for personer over 18 år med sterkt nedsatt funksjonsevne. Brukerne skal være arbeidsleder og kan innen rammen for tildelte timer med hjelp, bestemme hvilke arbeidsoppgaver som skal utføres.

## 5.2.2 Frivillig sektor

Det er særlig innen følgende områder det et stort potensial for samarbeid med frivillige, både enkeltpersoner og frivillige lag og organisasjoner:

- Frivilligsentral: Rennebu har lyktes godt med å bygge opp en velfungerende frivillighetssentral. Årsmeldinga fra Rennebu Frivilligsentral for 2008 viser at det er lagt ned 8387 frivillige timer og at i overkant av 200 personer har hatt glede av Frivilligsentralens tjenester. Av aktiviteter som har stor betydning for omsorgstjenesten kan nevnes:
  - o Kultur/Sosiale tiltak:
    - Treffsted på sentralen
    - Formiddagstreff Voll og Berkåk
    - Onsdagskaffe
    - Servering av middag på jule- og nyttårsaften
    - Kaffe etter Frisktrim
    - Div kulturtiltak: Dansegalla for funksjonshemmede, Rennebumartnan, Kulturvukku, Bygdatundag, Mangfoldåret
  - o Transport:
    - Ledsagertjeneste
    - Følgetjenester
    - "Bort for en femtilapp" - samarbeid med kommunen
    - Matombringing
    - Varekjøring
  - o Annet
    - En til en tjenester



- Utkjøring av gratis strøsand til eldre og uføre
- Hørselshjelp
- Grønn omsorg
- Bokombringing
- Samarbeid med skole/frivillige/psykiatritjenesten/hjemmesykepleien/FYSAK
- Trening for funksjonshemmede
- Folkehelsemøter
- Besøksordninger. Dette ivaretas av flere ulike organisasjoner i Rennebu..

**Tiltak 5.2.3** *Det bør utredes videre hvordan omsorgstjenesten best kan samspille med frivillig sektor.*

- Dagsenter: Det arbeides med planer om å flytte kantina ved Helsesenteret til arbeidsstua i andre etasje. Dette vil gjøre kantina med omkringliggende områder som sansehage godt egnet til dagsenter for eldre. Muligheter for fotpleie, frisering og andre tilbud kan knyttes til et eventuelt dagsenter. Et dagsenter for eldre ved Helsesenteret vil berike miljøet for beboerne ved Sykehjemmet ved at flere vil komme innom. Man kan også tenke seg flere sosiale tiltak som vil være til glede både for besøkende på dagsenteret, for de som er på dagplass eller korttidsopphold, for de som bor fast på Sykehjemmet og for de som bor i omkringliggende boliger. Korttidsavdeling og dagplasser ved Sykehjemmet bør være plassert i nærheten av den planlagte nye kantina.

**Tiltak 5.2.4** *Det er behov for å utrede videre hvordan man kan plassere forskjellige funksjoner rundt den planlagte nye kantina i 2 etasje på Helsesenteret.*

### 5.2.3 Aktiv omsorg

Det er høstet gode erfaringer i Rennebu kommune med et prosjekt mot demente ved hjelp av sang. Det er mange pårørende og frivillige lag og organisasjoner som kan tenke seg å bidra til sosiale og kulturelle aktiviteter for de omsorgstrengende. I stor grad er det spørsmål om å bruke Frivilligsentralen og kommunale ressurser, primært kulturkontoret, til å organisere dette. Forholdsvis beskjeden innsats på dette feltet vil gi gevinst i livskvalitet for brukerne av de kommunale omsorgstjenestene.

**Tiltak 5.2.5** *Det bør utredes hvordan kommunen i sterkere grad kan legge til rette for og organisere arbeidet med aktiv omsorg på en slik måte at dette utløser bidrag fra frivillige lag og organisasjoner og fra pårørende.*

Det er høstet mange gode erfaringer med samspill mellom eldre og barn der de kan ha glede av hverandres nærvær. Barn har stor glede av besøk fra eldre i barnehage og skole der de eldre for eksempel kan fortelle fra sin egen barndom. Besøk fra barn i institusjoner vil også bidra til å sette en spiss på hverdagen for de eldre.

**Tiltak 5.2.6** *Det bør utredes videre hvordan et mer aktivt samspill mellom barn og eldre kan tilrettelegges.*

## 5.3 Trinn 3 - Støttetjenester og hjemmetjenester

Med støttetjenester menes tjenester som trygghetsalarm, matombringing, transporttjeneste og hjemmevaktmester. Iverksetting av støttetjenester kan være viktige bidrag for å opprettholde funksjonsnivå og medvirke til større grad av selvhjulpenhet.

Med hjemmetjenester menes hjemmehjelp, hjemmesykepleie, BPA (brukerstyrt personlig assistent), omsorgslønn, fysio- og ergoterapi samt psykisk helsearbeid i hjemmet.

### 5.3.1 Matombringing, trygghetsalarm og hjemmevaktmester

I Rennebu kommune er det 30 som får matombringing tirsdag, torsdag og fredag og 70 som har trygghetsalarm.

I RO-rapporten kommenteres det ikke spesifikt om dette er en raus praksis, men rapporten viser at Rennebu kommune har en raus praksis når det gjelder praktisk bistand for alle aldersgrupper, viser til tabell 2 i kap 3.9. RO-rapporten mener rausheten er så stor at man bør stille spørsmålsteget ved kriteriene for tildeling av tjenester.

For å sikre et likhetsprinsipp og en forutsigbarhet i tildeling av matombringing og trygghetsalarm bør det utarbeides kriterier for tildeling.

**Tiltak 5.3.1** *Det bør politisk vedtas kriterier for tildeling av matombringing, trygghetsalarm og andre tjenester i hjemmet*

Ordning med hjemmevaktmester i kommunen ble forsøkt for ca ti år siden. Manglende interesse og vilje til å betale litt for tjenesten gjorde at tilbudet ble avviklet da. Behovene og holdningene kan ha endret seg mye på 10 år, derfor vil det være nyttig å kartlegge om det er behov for hjemmevaktmester. Frivilligsentralen utfører enkelte hjemmevaktmesteroppgaver i dag.

**Tiltak 5.3.2** *Behov for hjemmevaktmester bør utredes*

### 5.3.2 Transporttjenesten

Kommunestyret etablerte tilbudet "Bort for en 50-lapp" som en prøveordning i 2008. HOO vedtok retningslinjer. Frivilligsentralen mottar bestilling av turer og koordinerer transport. Ordningen gjelder innenfor kommunen og gjelder personer som er fylt 67 år. Brukeren betaler 50 kr pr. tur. Brukerne er svært fornøyd med ordningen, men den benyttes av relativt få personer enda, dette kan skyldes at det er for lite kjent.

**Tiltak 5.3.3** *Tilbudet "Bort for en 50-lapp" bør videreføres. Bedre markedsføring av tilbudet bør vurderes.*

### 5.3.3 Hjelpemidler og ergoterapi

Ergoterapeuten koordinerer bl.a. også hjelpemiddelformidlingen til de som bor i opprinnelig hjem eller i omsorgsboliger. Det er grunn til å være enda mer bevisste på de mulighetene som ligger i å bruke disse fagpersonene ute i det forebyggende arbeidet og i hjemmetjenesten.

**Tiltak 5.3.4** *Hjelpemiddelformidlingen bør bevisstgjøres som en viktig del av det forebyggende arbeidet og hjemmetjenesten.*

## 5.4 Trinn 3 - Hjemmetjenestene

Med hjemmetjenester menes her både de basale hjemmetjenester i form av hjemmehjelp/ praktisk bistand og hjemmesykepleie, BPA (brukerstyrt personlig assistent), omsorgslønn og de øvrige tjenester som ytes i hjemmene. Det er viktig å merke seg at det er flere samarbeidende avdelinger som også yter hjemmetjenester, blant annet fysioterapeuter, ergoterapeut og psykiatriske sykepleiere.

### 5.4.1 Omfang

Kommunen plikter å gi praktisk bistand (Lov om sosiale tjenester) og pleie og nødvendig helsetjeneste (Lov om kommunehelsetjeneste) til alle som oppholder seg i kommunen. HPO (hjemmebasert pleie og omsorg) retter seg først og fremst mot alle som har behov for tjenester i eget hjem, enten dette er det opprinnelige hjemmet eller det er i leid eldrebolig eller omsorgsbolig. I tillegg kommer tjenester til besøkende og turister som oppholder seg i kommunen, kap. 5.4.2.

Antallet brukere varierer hele tiden, men et øyeblikksbilde i oktober 2009 viser følgende statistikk i HPO:

Ca 350 personer er brukere av HPO sine tjenester, av disse mottar ca 80 hjemmesykepleie og ca 95 mottar hjemmehjelp. Kommunen har 7 brukere som benytter seg av muligheten til å ha BPA og 6 personer mottar omsorgslønn på grunn av særlig tyngende omsorgsarbeid

RO-senteret skriver i sin analyse av omsorgstjenestene i Rennebu at de vurderer tjenestene som godt utbygget i forhold til behovene.

### 5.4.2 Gjester i kommunen

Det vises til kap. 3.10. Utstrakt bygging av hytter med boligstandard, økning i antall sterkt pleietrengende eldre samtidig med at flere også blir klar over rettene sine til helse- og omsorgstjenester i den kommunen de har fritidsbolig, vil på sikt medføre en betydelig utfordring for Rennebu kommune.

KS har nettopp utredet problemstillingen for 6 hyttekommuner på Østlandet, men det er foreløpig ikke gjort en tilsvarende utredning for Sør-Trøndelag. KS mener det er grunnlag for regelendringer slik at hjemkommunene i større grad dekker utgiftene. Dette kan nok avhjelpe situasjonen, men like fullt sitter kommunen igjen med ansvaret for å ha tilstrekkelig fagpersonell til å dekke den økende etterspørselen.

Selv om utfordringene i Rennebu, i likhet med i de 6 østlandskommunene, først ser ut til å komme med tyngde 15-20 år fram i tid, ber KS kommunene allerede nå begynne planarbeidet:

- I Rennebu kommune er det 1510 hytteeiere som har adresse utenom kommunen.
- En større og større del av befolkningen "bor flere steder". Dette gjelder særlig friske pensjonister. I Rennebu vet vi at denne gruppa 67-79 vil øke betydelig i planperioden. Når behovet for helse- og omsorgstjenester melder seg, vil flere og flere velge å få tjenester et annet sted enn der de har sin primærbolig.
- Den teknologiske utviklingen tilsier at mange både vil ønske - og rent praktisk kunne motta høyt spesialiserte helsetjenester i fritidsboligen.
- Gjестene vil ha de samme tjenestebehov som faste brukere, men vil være mer tidkrevende p.g.a. avstand fra tjenestebasen.
- Gjestens behov for tjenester vil i stor grad sammenfalle med de perioder på året tjenesteapparatet er mest sårbart, når ferie skal avvikles for det faste personalet.



**Tiltak 5.4.1** *Det bør lages en strategi for hvordan kommunen kan organisere tjenestene slik at kommunens forpliktelser ivaretas overfor kommunens gjester.*

### 5.4.3 Brukere under 67 år

Med hjemmetjenester tenker en tradisjonelt på eldreomsorgen. Dette er da også den mest omfattende tjenesten i forhold til antall brukere. På landsbasis er 2/3 av brukerne av hjemmetjenester over 67 år. Den tredjedelen som er under 67 år har omfattende tjenester og forbruker 2/3 av ressursene. Staten har særlige kompensasjonsordninger for sterkt ressurskrevende brukere under 67 år, slik at kommunen får dekket 85 % av de utgifter som overstiger kr. 835.000 årlig pr bruker (regelverk pr 2009).

Rennebu kommune har kommet langt med tilrettelegging for mennesker med nedsatt funksjonsevne:

- Joveien og Løkkjbakkveien er boliger som er tilrettelagt og som har døgnbemanning.
- I Løkkjbakkveien 7 er det tilrettelagte boliger uten døgnbemanning der brukerne får boveiledning
- Kommunen har pr i dag tilstrekkelig dekning når det gjelder fagpersoner innen området

**Tiltak 5.4.2** *Omsorgsbehovene for gruppen under 67 år bør utredes nærmere og inngå som en del av en boligsosial plan, jfr. pkt 3.2.*

#### 5.4.4 Hjemmetjenestens profil og tjenestetildeling

Tabell 2 i kap 3.9 viser at det innen alle aldersgrupper er flere som mottar hjemmetjenester i Rennebu kommune enn i sammenlignbare kommuner og fylkes- og landsgjennomsnittet. Dette kan skyldes tildelingspraksis, det kan skyldes at den tjenesten som faktisk ytes ligger nivåmessig over enkeltvedtakene eller det kan skyldes at lokalt forventningspress hos befolkningen, samt politiske ambisjoner, påvirker skjønnsutøvelsen hos de som skal vurdere behovene, slik at vedtakene blir rause. RO-rapporten påpeker at, sett utenfra, kan det virke som det er lav terskel for å få tjenester, noe som har ført til at mange får samt at de som tildeles tjenester, får relativt mye hjelp

Til tross for dette, er det i følge RO-rapporten, en oppfatning om at kommunen har for få institusjonsplasser. Dette synliggjør behovet for å klargjøre nivået på tjenestene innen pleie og omsorg.

**Tiltak 5.4.3** *Nivået på kommunens pleie- og omsorgstjeneste bør gjøres tydelig gjennom politiske vedtak. Dette vil tydeliggjøre hvor grensene for kommunens ansvar går og hva kommunen forventer fortsatt skal være enkeltinnbyggernes og lokalsamfunnets*

For å sikre en lik og rettferdig utøvelse av praksis for tilretteleggings- og omsorgsbehov må kriteriene for tildeling vurderes nøye samtidig som det må legges inn rom for faglig skjønnsvurdering. Man bør gjennomføre en evaluering av tiltakene sammen med brukeren ved behov og minimum en gang hvert år.

**Tiltak 5.4.4** *Det bør utarbeides kriterier for hva hjemmehjelpen yter bistand til, hva hjemmesykepleien yter bistand til og hva andre yrkesgrupper yter bistand til*

I følge RO-rapporten kan tilbakemeldingene (KOSTRA og fra informantene) indikere at vurderingene er rause i forhold til reelle behov sammenholdt med lovens krav. Videre er det tilbakemeldinger som indikerer at ikke alle har vedtak. RO har også informasjon om at ikke alle kjenner innholdet i det som blir vedtatt, dvs. det brukeren er lovt og har krav på. Dermed kan det skje at ansatte selv gir det de mener er rett.

**Tiltak 5.4.5** *Det bør fattes vedtak på alle hjelpetiltak innen pleie og omsorg. Alle som arbeider med brukeren må være kjent med vedtakene og utøve sine tjenester i tråd med vedtakene.*

I omsorgstrappa (fig 2 i kap 4.2) vil antallet brukere være størst på laveste tjenestenivå, og færrest på høyeste nivå (sykehjemmets behandlingsplasser). Å tildele praktisk bistand for tidlig, vil omfatte mange brukere, og dermed i sum utgjøre store ressurser. I tillegg er lav terskel her ikke forebyggende, men kan skape forventninger om lav terskel også videre i omsorgskjeden, samt fungere passiviserende framfor å stimulere til egen mestring.

Det kan synes som at Rennebu kommune har et relativt høyt nivå på de tjenester som blir tildelt. Kommunen har en praksis hvor vedtak om ulike tjenester og botilbud inklusive institusjonsplass, fattes av ulike instanser.

Enkelte kommuner velger i denne situasjonen å ”profesjonalisere” tildelingsarbeidet gjennom organisatoriske endringer, for eksempel ved at det etableres en egen gruppe som har ansvar for forvaltningsoppgavene. RO tilrår at det legges til rette for en utviklingsprosess med det siktemål å etablere en trygg faglig basis for forståelsen av hva som er nødvendige tjenester. Det må med andre ord etableres en faglig basis der forventningene til tjenestene ikke blir ”det best mulige”, men ”det nødvendige”. De som skal ha et ansvar for å vurdere og gjøre vedtak bør være ”samkjørte” og ha en tverrfaglig bakgrunn og de bør ikke ha et direkte ansvar for tjenesteproduksjonen. For eksempel bør ergo- og fysioterapi-kompetansen benyttes som premissleverandør når meldte tjenestebehov skal vurderes og saksbehandles, eller når tjenestepraksis utformes. Dette er ikke nødvendigvis et strukturelt problem, men like mye et eksempel på mangel på tilstrekkelig tverrfaglig fokus.

For å styrke vedtaksfunksjonen tilrår RO-senteret at kommunen vurderer endring av modellen kommunen har i dag for å vurdere behov og gjøre vedtak. Kommunen bør styrke det tverrfaglige arbeidet og kompetansen hos de som skal være ansvarlig for forvaltningsoppgavene. Tverrfagligheten bør faktisk være i den forstand at ikke bare sykepleiefaglig kompetanse er representert hos de som skal vurdere hjelpebehovet og saksbehandle fram til enkeltvedtak.

**Tiltak 5.4.6** *Forvaltningsfunksjonen bør revurderes slik at behovsvurdering og saksbehandling alltid foretas av tverrfaglig og kompetent gruppe personer. Kommunen bør gjennomføre kompetanseopplegg for saksbehandlere slik at faglig skjønn sikrer oppfyllelse av myndighetskrav, men samtidig innenfor en bærekraftig ramme.*

## 5.5 Trinn 3 - Dagtilbud og nattilbud

St.meld. nr. 25 understreker betydningen av at kommunen har gode dagtilbud i omsorgstjenesten. Dette har betydning både for å styrke sosiale relasjoner og motvirke ensomhet, for rehabilitering, for avlastning av pårørende og det vil medvirke til å opprettholde brukernes evne til egenomsorg.

Sykehjemmet har i perioder inne brukere på dagtilbud, dette er mest for å ha en plass å være med måltider inkludert og er i noe grad benyttet i forhold til demente. Kommunen har et dagtilbud innen psykiatrien en dag pr uke i tillegg til opplegg gjennom ”Inn på tunet” for noen brukere. Arbeidssenteret har et dagtilbud i forhold til mennesker med fysisk og psykisk funksjonshemming mandag til fredag på dagtid.

Det kan også tenkes situasjoner der det vil gi øket trygghet for den aktuelle bruker og en avlastning for pårørende dersom brukeren kan tilbys nattopphold i omsorgstjenesten. Dette gjøres allerede til en viss grad i dag i form av korttidsopphold eller avlastningsopphold av tidsbegrenset varighet.

**Tiltak 5.5.1** *Tilbudet om dag- og nattilbud bør utredes videre der den planlagte kantina på Helsesenteret inngår som et av tiltakene.*

## 5.6 Trinn 4 - Omsorgsbolig og trygdebolig

Det må søkes om å få tildelt omsorgs- og trygdebolig. For å få innvilget en slik søknad må man ha reelle behov som ikke kan dekkes på lavere trinn i omsorgstrappa. Omsorgsbolig og trygdebolig er å betrakte som brukerens egen bolig (viser til tabell 3).

### 5.6.1 Boliger

Rennebu kommune har 65 boliger til utleie, av disse er 37 beregnet til par. Dette gir plass til 100 beboere. I tillegg er det 38 plasser innen IPO (institusjonsbasert pleie og omsorg, sykehjemmet).

Rennebu kommune har følgende boliger til utleie:

|                                           |                |
|-------------------------------------------|----------------|
| Trygdeboliger Berkåk (2 i sanitetshuset)  | 14 leiligheter |
| Trygdeboliger Innset (kommunale fra 2006) | 2 leiligheter  |
| Omsorgsleiligheter Mjuklia                | 15 leiligheter |
| Omsorgsleiligheter Voll (stiftelse)       | 5 leiligheter  |
| Omsorgsleiligheter "Nye Løkkjakkveien"    | 5 leiligheter  |
| Løkkjakkveien                             | 5 leiligheter  |
| Joveien                                   | 6 leiligheter  |
| Boligavdelingen (samarbeid IPO-HPO)       | 13 leiligheter |

Disse boligene er ettertraktet og det forventes ikke at etterspørselen etter slike boliger vil endre seg dramatisk i planperioden. For tiden (oktober 2009) er alle utleid med unntak av en trygdebolig. Omsorgsleilighetene i Mjuklia, og på Voll tilfredsstiller Husbankens krav til areal og bofellesskap. Leilighetene i "Nye Løkkjakkveien" tilfredsstiller krav til boareal pr leilighet, men har ikke fellesareal.

### 5.6.2 Definisjoner

For plasser i omsorgsbolig er det vanskelig å bli for bastant i forhold til hvilke typer brukere som skal få tildelt disse, - fortløpende, faglige avveininger vil avgjøre dette. Men det er viktig å kunne tilby bofellesskap mellom brukere som jevnt over har det samme funksjonsnivået. Vi vet også at det er et økende behov for tilrettelagte bofellesskap for mennesker med demens.

Nedenfor er det i tabell 3 gitt en kortfattet oversikt over den forskjellen som det i dag er mellom sykehjemsplass og omsorgsbolig med heldøgns omsorgstjeneste.

De vanligste fortrinn for brukerne vedrørende sykehjemsplasser, er forutsigbarhet på tjenester. De vanligste fortrinn for brukerne vedrørende omsorgsboliger med heldøgns omsorgstjenester, er brukeren sin råderett over egen bolig og friheten til å velge tjenester etter behov.

Økonomisk er det for den enkelte sykehjemsplass ingen skjerming, pasientene betaler etter fastsatte regler ut fra egen inntekt og betalingen vil dermed variere for en og samme "pakke" fra person til person. For omsorgsboliger er det en skjerming som gir den enkelte muligheter til å søke bostøtte fra Husbanken dersom kostnader overstiger betalingsevne. Økonomisk ligger det således en forflytting av kostnad fra kommune til stat ved valg av omsorgsboliger fremfor sykehjemsplasser.

|                                 | <b>Sykehjem</b>                                                                                                                                                                                    | <b>Omsorgsbolig med heldøgns omsorgstjeneste</b>                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lovgrunnlag                     | Lov om kommunehelsetjeneste                                                                                                                                                                        | Lov om sosialtjeneste                                                                                                                                                                                                                             |
| Formål                          | "Forskrift om sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie" nevner flere formål, herunder medisinsk attføring, avlastning, permanent opphold, skjermet enhet for senil demente og terminalpleie | Bofunksjon. Kommunen har etter § 7.2 i Lov om sosial tjenester "ansvaret for planlegging, etablering og drift av boliger med heldøgns omsorgstjenester for dem som på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker har behov for det." |
| Medisinsk personell             | Lovkrav: Tilknyttet legetjeneste<br>Vanligvis sykehjems/tilsynslege                                                                                                                                | Vanligvis fastlege. Flere kommuner har organisert en tilknyttet legetjeneste.                                                                                                                                                                     |
| Pleiepersonell                  | Forskriftens krav: "Tilknyttet en offentlig godkjent sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien."<br>Vanligvis en fast stab av pleiepersonell som fordeles seg på pasientene.                  | Lov om kommunehelsetjeneste § 2.1: "Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor"<br>Vanligvis dekket av hjemmesykepleien.                                                                                        |
| Annet personell                 | Tilknyttet fysioterapitjeneste, tjenester etter behov.                                                                                                                                             | Lov om kommunehelsetjeneste § 2.1: "Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor"                                                                                                                                 |
| Medikamenter                    | Kommunen betaler for all medisin, gratis for brukeren                                                                                                                                              | Dekning av medisiner på blå resept, brukeren betaler egenandel.                                                                                                                                                                                   |
| Mat                             | Får alle måltid                                                                                                                                                                                    | Kan avtale om en vil kjøpe bare middagsmat, bare tørrmat, alle måltid evt. andre ordninger                                                                                                                                                        |
| Personlig hygiene               | Krav om WC, tilgang til dusj                                                                                                                                                                       | Husbankens regler: Krav om WC og dusj                                                                                                                                                                                                             |
| Tekniske hj.middel              | Kommunen betaler alle tekniske hjelpemiddel                                                                                                                                                        | Tekn. hj.middel fås fra Hjelpemiddelsentralen                                                                                                                                                                                                     |
| Tannhelsetjeneste               | Gratis                                                                                                                                                                                             | Gratis for alle som har hjemmesykepleie                                                                                                                                                                                                           |
| Økonomi                         | Rennebu: Egenbetaling på langtids plass varierer avhengig av inntekt.<br>Korttidsplass: Egenandel på 121 kr pr døgn<br>Dagplass: 61 kr pr døgn                                                     | Husleie og kjøp av tjenester.<br>Rennebu: Husleie varierer avhengig av standard og størrelse. Hjemmesykepleie er gratis, hjemmehjelp blir betalt med variert egenandel avhengig av inntekt.                                                       |
| Kommunal driftskostnad pr plass | 75 % av driftskostnader på et sykehjem er lønn. En undersøkelse fra SINTEF i 2006 i 10 kommuner viste at lønnskostnader pr bruker pr år på sykehjem varierte fra 420' – 580' med snitt på 490'.    | Variierende alt etter de behov som brukerne har. En undersøkelse fra SINTEF i 2006 i 10 kommuner med omsorgsboliger med fast bemanning viste at lønnskostnader pr bruker pr år varierte fra 80-420' med snitt på 290'.                            |
| Tildeling                       | Langtidsplass er en varig tildeling av rom der en bør tilstrebe at brukeren beholder samme rommet over tid.                                                                                        | Omsorgsbolig er tildelt brukeren varig og blir styrt av vanlige regler for leie av bolig                                                                                                                                                          |

**Tabell 3 Sammenstilling av forskjeller mellom sykehjem og omsorgsbolig med heldøgns omsorgstjeneste**

Gevinster og ulemper med å gå fra en institusjonsplass til en omsorgsbolig kan oppleves forskjellig for tjenesteapparat, brukere og pårørende. Nedenfor gjengis konklusjonene fra SINTEFs undersøkelse: "Egen bolig – også når helse svikter?" (SBF51 / A 06017, des 2006).

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| For tjenesteapparatet      | Det at omsorgsboligene er organisert som boliger, har ført til omstilling og nytenking i sektoren. Dette påvirker imidlertid i ulik grad dagliglivet rundt den enkelte beboer. Reell omstilling krever mer enn omdefinering til boliger.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| For brukeren               | Beboerne gir klart uttrykk for at de setter pris på fortsatt å kunne ha sitt hjem og kunne bestemme i egen bolig selv om de har flyttet fra sitt opprinnelige hjem.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| For pårørende              | Gjennom en spørreskjemaundersøkelse til pårørende kommer det frem at de i store trekk opplever at beboerne i boligene får et tilstrekkelig omsorgstilbud, og at boligene er attraktive å komme på besøk i. Selv om pårørendes tilfredshet varierer noe, er det de færreste som ville foretrukket et alternativt tilbud i sykehjem for beboerne. Resultatene fra intervjuene kan tyde på at pårørende trekkes noe mer inn i omsorgen og praktiske oppgaver enn pårørende til beboere på sykehjem og at de i en viss grad også kunne tenke seg å bidra mer. Omsorgen fra pårørende verdsettes høyt av beboerne selv, og omfatter alt fra sosialt samvær til det å hjelpe til med å ordne praktiske ting. Tilrettelagt uteareal verdsettes høyt. |
| For de mest pleietrengende | Boligbehovet for eldre med stort omsorgsbehov vil variere. Selvstendige boliger med lang avstand til fellesrom og ansatte viser seg å være dårlig egnet for demente. Også for andre med stor funksjonssvikt kan det virke som om tettere boligløsninger med felles hushold kan være en god løsning som gjør det mulig både å ivareta et privatliv og samtidig kunne delta i et fellesskap.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

**Tabell 4 Konklusjoner fra SINTEF vedrørende omsorgsboliger med heldøgns omsorgstjeneste**

### 5.6.3 Fremtidige behov for heldøgns omsorg i trygdebolig og omsorgsbolig

I Rennebu kommune har man frem til i dag hatt nok sykehjemsplasser til å dekke behovet for heldøgns omsorg. De som bor i omsorgs- og trygdebolig har greid seg med bistand fra pårørende, frivillige og hjemmetjenesten. I dag ser man en utvikling i retning av at de som bor i disse boligene får økt behov for bistand og at noen av disse vil få behov for heldøgns omsorg etter hvert.

Omsorgsleilighetene i Mjuklia vil lett kunne tas i bruk for heldøgns omsorg hvis det bygges skyllerom der. Dette vil gi økt rom for fleksibilitet i pleie og omsorgstjenesten samtidig som det vil frigjøre plass til dagplasser og korttidsplasser på Sykehjemmet. Det fremtidige økte behovet for tilrettelagt bofellesskap for demente vil også kunne dekkes med omsorgsboliger.

I tillegg viser erfaringer fra hjemmetjenesteorienterte kommuner at det er lettere å få til et fruktbart samspill mellom tjenesten og pårørende eller andre frivillige, når heldøgns pleie og omsorg ytes i omsorgsboliger/bokollektiv i stedet for sykehjem.

**Tiltak 5.6.1** *Det bør avklares om noen av omsorgsleilighetene skal tilrettelegges for heldøgns omsorg.*

Boligavdelingen ved Sykehjemmet fungerer som omsorgsbolig med en ansatt på dagtid. Resten av døgnet betjenes boligene i et samarbeid mellom IPO og HPO. Dette samarbeidet kan synes noe uavklart og det bør utredes videre hvordan man på en best mulig måte kan legge til rette for god samhandling mellom HPO og IPO både helt konkret på dette området og i en videre forstand.

**Tiltak 5.6.2** *Det bør utredes hvordan man på en best mulig måte kan tilrettelegge for god samhandling mellom HPO og IPO når det gjelder betjening av boligavdelingen.*

## 5.7 Trinn 5 – Korttidsopphold på sykehjemmet

I dag er det satt av 2-4 plasser til korttidsopphold ved sykehjemmet. Det ser ut som det er vanskelig å beholde disse plassene til korttidsplasser, de tas fort i bruk som langtidsplasser.

Korttidsplassene er tenkt brukt til:

- Akutte behov
- Planlagt avlastning
- Rehabilitering
- Opptrening/etterbehandling etter sykehusopphold
- Terminal omsorg
- Medisinsk behandling
- Trygghetsplass

Samhandlingsreformen vil kreve en oppjustering av antall korttidsplasser, fordi kommunene vil bli tillagt større ansvar for å følge opp risikopasienter med kroniske sykdommer og ta imot pasienter som utskrives fra sykehus på et tidligere tidspunkt enn det som praktiseres i dag. Samtidig legges det i reformen opp til økt fokus på rehabilitering og forebygging. Kommuner som ikke klarer å opprettholde en effektiv bruk av korttidsplasser får to symptomer på sirkulasjonssvikt i følge RO-senterets vurdering: Opphopning av ”utskrivningsklare pasienter” i lokalsykehuset eller køproblemer eller venteliste av personer som vil ha langtids plass i sykehjem. Rennebu kommune bør vurdere i sterkere grad å ”spisse” sykehjemmet slik at en større andel plasser benyttes til korttidsfunksjoner og det legges mer vekt på aktiv medisinsk behandling og rehabilitering. Utfordringen blir å ha tilgang til tilstrekkelig andel plasser i omsorgsboliger hvor det kan ytes heldøgns tjeneste. Viser til tiltak 5.6.1.



|                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tiltak 5.7.1</b> <i>Antall korttidsplasser ved sykehjemmet bør økes på bekostning av antall langtidsplasser.</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Samhandlingsreformen vil også medføre større behov for tverrfaglig kompetanse enn hva tilfelle er i dag. Kommunens kompetanseplan vil si noe om dette. En del oppfølging vil kreve faglig spisskompetanse som det ikke er mulig for mindre kommuner å inneha alene, dette vil kreve interkommunalt samarbeide.

## 5.8 Trinn 6 – Langtidsplass på Sykehjemmet

Heldøgns omsorgstjeneste er de mest ressurskrevende tjenester kommunen yter. Heldøgns omsorgstjeneste kan gis i omsorgsbolig eller i institusjon som sykehjemsplass slik det er beskrevet i kap. 5.6.2. I Rennebu driftes heldøgns omsorgstjeneste på Sykehjemmet og i noen boliger for personer med fysisk og psykisk funksjonshemming.

### 5.8.1 Behovet for heldøgns omsorg i Rennebu kommune

Rennebu kommune har en institusjonsdekning på 21,9 i prosent av antallet innbyggere over 80 år. Landssnitt er 18,5 prosent. Institusjonsdekningen i norske kommuner varierer fra ca. 5 prosent til i overkant av 70 prosent for aldersgruppen 80+. Dette betyr at kommunene velger ulikt når det gjelder innenfor hvilken arena eller boform kommuner gir heldøgns omsorg. De kommunene med en dekningsgrad på 5 – 15 prosent for aldersgruppen 80+, benytter sykehjemmet hovedsaklig som korttids behandlingsinstitusjon, ikke som boform for innbyggere med et mer varig behov for pleie og omsorg gjennom hele døgnet. Disse kommunene benevnes ofte som hjemmetjenesteorienterte kommuner.

De kommuner som har størst institusjonsdekning, bruker sykehjemmet både som korttidsinstitusjon og som boform for langtids- og heldøgns tjeneste. Disse kommunene benevnes ofte som institusjonsorienterte kommuner. Rennebu kommune har både mange institusjonsplasser og en godt utbygd hjemmetjeneste. Så godt at det brukes mer ressurser på hjemmetjenesten enn til institusjonsdrift.

Det ligger til kommunens styringsrett å bestemme hvilken arena eller boform kommunen ønsker å yte heldøgns omsorg innenfor, enten som fast plass (langtidsplass) i sykehjem, eller i omsorgsboliger med heldøgns tjeneste.

Stortingsmelding nr. 25 (2005 – 2006): *Mestring, muligheter og mening*, viser i kap. 9 (s. 84) til undersøkelser som viser at hjemmetjenesteorienterte kommuner (få sykehjemsplasser) driver mer effektivt enn institusjonsorienterte kommuner, uten at tjenestetilbudet blir dårligere, i tillegg til at disse kommunene når flere innbyggere med sine tilbud. Rennebu kommune er per definisjon en hjemmetjenesteorientert kommune, men ligger også over landsgjennomsnittet når det gjelder antall sykehjemsplasser pr innbygger over 80 år.

RO sier i sin rapport at skal sykehjemmet i Rennebu lykkes med å øke sirkulasjonen, må alternative omsorgsboliger stilles til rådighet, og det må foretas en sterkere prioritering av hvem som skal få hjemmetjenester. Også samhandlingen mellom IPO og HPO bør forstrekes. Dette gjelder både ledelse og bruk av fagkompetanse.

Med bakgrunn i det som legges frem her bør Sykehjemmet sine langtidsplasser primært benyttes til å ivareta de sykeste syke og de dårligste demente

**Tiltak 5.8.1** *Langtidsplassene på Sykehjemmet bør benyttes primært til de sykeste syke*

Sykehjemmet ble bygd i 1978. Den gangen var det vanlig å bygge sykehjem med store avdelinger. Etter hvert er fagmiljøene enige om at det er gunstigere med mindre miljø, spesielt gjelder dette for demente. I dag er det opprettet en avdeling for demente med plass til 7 beboere. Med bakgrunn i tiltak 5.8.1 og med utviklingen av flere eldre fra 2020, og som en følge av dette flere demente, bør kommunen utrede hvordan og om Sykehjemmet bør bygges om og deles opp i flere mindre enheter a la avdelingen for demente

**Tiltak 5.8.2** *Det bør utredes hvordan man på en best mulig måte kan tilrettelegge for de dårligste demente.*

Mange av de som bor på sykehjem er ikke i stand til å ivareta og hevde sine egne ønsker og behov. I mange kommuner er det opprettet pårørendeforeninger som fungerer som talerør for beboere på sykehjem. En slik forening kan også være et viktig bindeledd mellom beboere og frivillige organisasjoner i et samarbeid for å gjennomføre for eksempel sosiale tiltak for beboerne. I Rennebu er det ingen slik forening i dag.

**Tiltak 5.8.3** *Kommunen bør tilrettelegge for opprettelse av pårørendeforening.*

## 5.8.2 Fordeling mellom sykehjem og omsorgsbolig

Figur 1 viser at man vil få en nedgang i antall eldre over 80 år frem til 2020, noe som ut fra statistikken vil gi behov for færre plasser med heldøgns omsorg. Fra 2020 til 2030 vil antall eldre over 80 år i Rennebu øke fra 162 til 273 personer, dette utgjør en økning på 68.5 %. Selv om denne økningen kommer frem i tid, anbefaler Regjeringen gjennom Omsorgsplan 2015 kommunene å starte planarbeidet for å møte disse utfordringene, der både bygningsmessige investeringer, personellinnsats, kompetanseutvikling, utdanningskapasitet og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivelser ses i sammenheng.

Hvis omsorgsboligene i Mjuklia (15 leiligheter) benyttes til heldøgns omsorg vil man øke kapasiteten på heldøgns omsorg med 15 til 30 plasser, avhengig av om begge to av eventuelle par i leiligheten har behov for heldøgns omsorg. Viser til tiltak 5.6.1.

Det er viktig at kommunen tar et overordnet valg om en:

- a) Vil avpasse antall institusjonsplasser til de funksjoner som er beskrevet for sykehjemsplasser i tiltak 5.8.1
- b) Vil bygge opp et tilbud med omsorgsboliger med heldøgns omsorgstjeneste både for å erstatte sykehjemstilbudet og for å gi et boligtilbud til brukere som ikke har et entydig behov for sykehjemsplass.

Et slikt valg betyr at Rennebu kommune gjennomfører en reduksjon av sykehjemsplasser til fordel for korttids- og dagplasser samtidig med at kommunen vil ta i bruk omsorgsboliger til heldøgns omsorgstjeneste og således få et bredere og mer fleksibelt tilbud i omsorgstrappa.

**Tiltak 5.8.4** Omsorgsboligene bør defineres som arena for heldøgns trygghet med mulighet for heldøgns omsorg.

## 6 Særlige faglige utfordringer

### 6.1 Demensomsorgen

Forekomst av demens øker med økende alder. Ut fra befolkningsutviklingen i Rennebu kommune vil de samla omsorgsbehov på grunn av demens øke i særlig grad øke etter 2020.

Kommunens utfordring framover vil bli å ha gode tilrettelagte tilbud for personer med demens både ut fra hvor de er i demensutviklingen, men også ut fra hvilken aldersgruppe og hvilken fysisk tilstand personene er i. For å kunne gi en helhetlig og god demensomsorg, bør kommunen ha en stor bredde i sine tilbud. Dette vil omfatte:

- **Demensteam** – Med spesielt ansvar for utredning og diagnostikk, veiledning av og tilrettelegging for den syke og hans/hennes pårørende samt utvikling av gode prosedyrer og samarbeidsrutiner i forhold til aktuelle samarbeidspartnere.
- **Godt utbygde tjenester i hjemmet** – Dette betyr at personer med demens kan bo lengst mulig i eget hjem og pårørende kan tilbys avlastning i hjemmet. Tilbud i hjemmene bør kunne være samarbeidsprosjekt mellom den kommunale hjemmetjenesten,

støttekontaktordningen og frivillige/frivillige organisasjoner. Tilrettelegging i hjemmet i form av aktuelle hjelpemidler er andre viktige tiltak.

- **Varierte og gode dagtilbud** – Et nødvendig kommunalt tiltak for hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. Tilbudene må være varierte da personer med demens er forskjellige både i forhold til interesser, fysisk, psykisk og mentalt funksjonsnivå og alder. Kommunen har allerede tilbud om ”Grønn omsorg/inn på tunet” for enkelte grupper, dette kan utvides til også å omfatte mennesker med demens. Økning av antall dagplasser er under utredning, viser til tiltak 5.5.1
- **Differensierte plasser med heldøgns omsorg** - Kommunen bør kunne tilby små enheter både på institusjon og i bofellesskap med tilrettelagte plasser for personer med moderat og alvorlig demens. En må også ha tilrettelagte plasser for avlastning/korttidsopphold og utredning. Utredning bør også kunne skje i dagsenter. Behov for forsterket enhet for personer med så utfordrende atferd at de ikke kan behandles i vanlig demensenhet kan også melde seg. Dette er imidlertid sjeldne tilstander og det bør vurderes i en interkommunal sammenheng.
- **Uteareal/sansehage**- Det er opparbeidet sansehage i tilknytning til institusjonsbasert pleie og omsorg, omsorgsbolig, boligavdeling og er lett tilgjengelig fra dagplassene ved Sykehjemmet. Dette gir trygge utearealer og stimulering, opplevelse av velvære og mestring samt gode muligheter til å være sosialt aktiv.
- **Kompetanse** – Behandling, pleie og omsorg for personer med demens krever gode kunnskaper både innen gerontologi, geriatri og spesialområdet demens. Kommunen må fortsatt legge til rette for/prioritere at personalet innen demensomsorgen får mulighet for etter- og videreutdanning innen disse områdene.
- **Tilbud til pårørende** – Pårørende til personer med demens opplever å ha en stor omsorgsbyrde, denne omsorgen har stor inngripen i deres liv og muligheter for egen livsutfoldelse. Kommunen må ha som mål å etablere pårørendeskole etter mønster av et sentralt utarbeidet opplegg. Målsettingen for pårørendeskolen er å gi pårørende økte kunnskaper om demenssykdommene, og gi de grunnlag for bedre å takle sin situasjon og å bedre kvaliteten på samværet med den syke. Samtalegrupper kan opprettes i løpet av pårørendeskolen eller som en forlengelse av denne. Pårørendeskole bør være et tilbud en gang i året og kan evt. være et interkommunalt samarbeidsprosjekt



Det er ikke opprettet egen demensforening i kommunen.

**Tiltak 6.1** Kommunen bør tilrettelegge for å gi pårørende muligheter til bedre å mestre demenssykdommen og for eksempel bidra til opprettelse av demensforening i Rennebu. Dette kan eventuelt gjøres gjennom et interkommunalt samarbeid.

## 6.2 Rusomsorg

I de senere år har man hatt et økende behov for omsorg i forhold til rusavhengige. Det er laget en egen plan (ruspolitisk handlingsplan for Rennebu kommune 2009-2013) som beskriver utfordringene på dette området.

## 6.3 Rehabilitering

Både i hjemmetjenestene og i institusjonene må grunntanken være å støtte brukeren til å ta hånd om seg selv og sine behov så langt som mulig. Bruken av korttidsplasser ved Sykehjemmet må være målrettet i forhold til å bedre brukerens funksjonsevne. Rehabilitering handler altså både om grunnleggende holdninger og kompetanse hos tjenesteyterne, men også om å målrette, samarbeide om og gjennomføre konkrete opptreningstiltak av tidsbegrenset varighet. Dette krever både bygningsmessige, faglige og utstyrmessige ressurser. Men det forutsetter også opplærings- og holdningsarbeid.

Det er laget en egen rehabiliteringsplan og opprettet et eget rehabiliteringsteam i kommunen som er inndelt i ett kjerneteam som består av ergoterapeut, kommunal fysioterapeut og rådgiver for funksjonshemmede. Kjerneteamet har hovedansvaret for fremdriften i rehabiliteringsarbeidet, mens rehabiliteringsteamet som helhet informeres om arbeidet og kommer med innspill til videre plan og drift.

Rehabiliteringsteamet har det overordna ansvaret i forhold til re-/habilitering i kommunen. Dette innebærer et ansvar for å sikre at nødvendige tjenester er etablert, samt å ivareta et helhetlig tilbud for brukerne ved å sørge for samarbeid mellom de ulike tjenestene. I tillegg til dette har rehabiliteringsteamet ansvaret for at innbyggerne i kommunen får informasjon om re-/habiliteringstilbudet i kommunen.

Rehabilitering vil bli en viktig oppgave ved den foreslåtte økningen av antall dag- og korttidsplasser ved Sykehjemmet. Også hjemmeboende brukere og beboere på langtidsopphold i sykehjemmene vil ha behov for rehabiliteringstjenester. Samhandlingsreformen vil kreve ytterligere satsing på rehabilitering fra kommunenes side. Det er nødvendig å planlegge videre hvordan tilbudet om rehabilitering skal bygges opp. Planleggingen må gjennomføres tverrfaglig.

**Tiltak 6.2**     *Rehabilitering bør vektlegges i omsorgstjenesten gjennom opplæring og holdningsskapende arbeid slik at dette innarbeides som en bærende grunntanke i alle deler av omsorgstjenesten i Rennebu. Det brukerrettede tilbudet om rehabilitering på de ulike trinn i omsorgstrappa bør utredes videre gjennom et tverrfaglig planarbeid*

## 6.4 Lindrende behandling og terminal omsorg

Gjennom Kompetanseløftet 2015 legger staten til rette for å styrke tilbudet innenfor omsorg ved livets slutt og lindrende behandling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved at det utvikles kompetanse lokalt og ved at legetjenesten i sykehjem styrkes. Rennebu kommune har allerede i inneværende år gjennomført en styrking av legetjenesten i sykehjemmet.

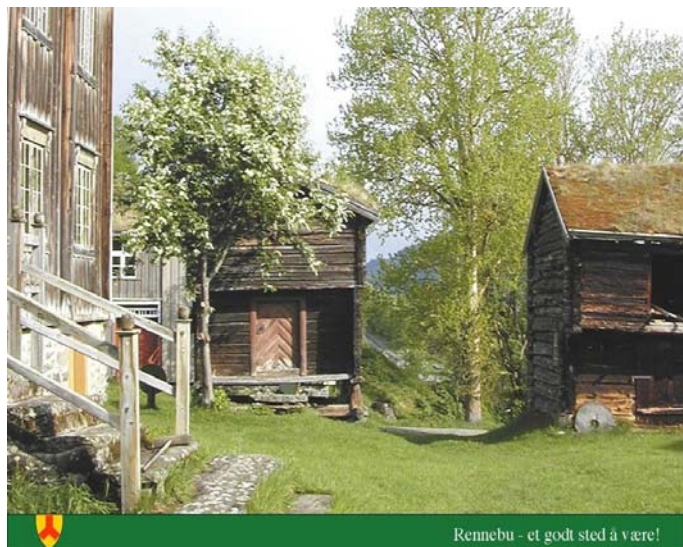
De viktigste utfordringene er knyttet til at pasientene kan forholde seg til få, men godt kvalifiserte fagpersoner. Enkelte kommuner har også kvalifisert frivillige til avlastning og støtte for alvorlig syke og deres pårørende. Det må være mulig å frigjøre nøkkelpersonell fra turnusplaner for at disse kan følge enkeltpasienter i en siste livsfase. Målsettingen er at hjelpeapparatet kan legges til rette slik at den enkelte får dø der vedkommende selv ønsker. Det må på institusjonen være disponible og godt tilrettelagte rom. I dette ligger også avskjerma areal for pårørende.

Kommunen må ta stilling til om man skal ha egen kreftsykepleier eller om dette fagfeltet skal dekkes gjennom interkommunalt samarbeid. Kompetanseplanen, som er under utarbeidelse, vil si noe om retning og omfang for det videre kompetansesarbeidet innen dette området.

**Tiltak 6.3**    *Omsorgstjenestene i Rennebu bør ha kompetanse og rammer som kan gi alvorlig syke nødvendig lindrende behandling. Omsorg ved livets slutt bør kunne ytes i alle deler av omsorgstjenesten. Hjelpeapparatet bør legges til rette slik at den enkelte kan få en verdig død der vedkommende selv ønsker.*

## 6.5 Nye utfordringer

Samhandlingsreformen, st. meld. nr. 47 som etter all sannsynlighet vil tre i kraft fra 01.01.12, vil medføre nye og kompetansekrevene oppgaver for kommunene. I tillegg til oppgavene som nevnes ovenfor, vil dette dreie seg om forebygging og behandling av en rekke kroniske tilstander som i dag behandles i sykehus. Disse oppgavene vil bli så krevende at mindre kommuner som Rennebu må søke interkommunalt samarbeid for å greie å løse de. Forberedelse til politisk behandling av et slikt samarbeid er i gang (november 2009).



**Tiltak 6.4**    *Rennebu kommune anbefales å innlede forhandlinger med andre kommuner for å løse utfordringer som ligger i samhandlingsreformen.*

For å sikre at tjenestene er i tråd med brukernes behov og ønsker, gjennomføres brukerundersøkelser med jevne mellomrom der det også bes om tilbakemeldinger fra pårørende.

**Tiltak 6.5**    *Det gjennomføres brukerundersøkelser med jevne mellomrom.*

## **7 Personell, kompetanse og rekruttering**

### **7.1 Kapasitet og kvalitet**

#### **7.1.1 Tilgangen på arbeidskraft**

En hovedutfordring i årene som kommer vil være den samlede tilgangen på arbeidskraft. Situasjonen i Rennebu vil ikke avvike vesentlig fra landet for øvrig. Regjeringen har satt ambisiøse mål når det gjelder personell til helse- og omsorgstjenesten både ved å stimulere til nye årsverk med relevant utdanning og å kvalifisere ufaglærte innen pleieyrket. Det er umulig å si hvor stort behovet for helse- og omsorgspersonell i Rennebu vil være framover i tid. Det vi vet er at antall eldre over 80 år vil gå noe ned frem til 2020 mens antall innbyggere i aldersgruppa 67-79 år vil øke med ca. 40 % eller 120-150 personer i den samme perioden (tabell 1). De i yrkesaktiv alder vil i samme periode reduseres med 9-10 % eller 120-130 personer. Behovet for flere hender i omsorgstjenestene i Rennebu kommer med tyngde fra 2020 og utover samtidig med at antall personer i yrkesaktiv alder går ned.

#### **7.1.2 Seniorpolitiske tiltak**

For å opprettholde kapasiteten er en avhengig av nyrekruttering og av at flest mulig eldre arbeidstakere er yrkesaktiv frem mot vanlig pensjonsalder. Derfor er det viktig med seniorpolitiske tiltak der man tilrettelegger for å beholde den arbeidskrafta en har i kommunen så lenge som mulig.

Det er i planperioden behov for omfordeling fra ufaglært til faglært arbeidskraft. Like fullt vil det alltid være behov for et stort antall arbeidstakere uten spesiell fagutdanning for å opprettholde kapasiteten på tjenestene. Disse medarbeiderne skal også rekrutteres fra det samme pressa arbeidsmarkedet.

#### **7.1.3 Krav til kvalitet**

Pleie- og omsorgstjenestene har en egen forskrift som beskriver kvalitetskravene til tjenestene. Avgjørende for kvaliteten på selve tjenestene blir kvaliteten på saksbehandlingen i form av behovsvurderinger, informasjon, vedtak og organisering av tjenestene. Ved å gjennomføre tiltak 5.4.5 vil Rennebu kommune tydeliggjøre et skille mellom forvaltning og drift. Det er viktig at saksbehandlere så langt mulig er uavhengige av selve tjenesteutøvelsen for å sikre at tjenestetildelingen blir objektiv og rettferdig.

#### **7.1.4 Rekrutterings- og kompetanseplan**

Rekruttering er både å beholde og utvikle de medarbeiderne en har, men det handler også om å sikre arbeidskraft tilført utenfra. Gjennomføring av Samhandlingsreformen vil stille enda større krav til medarbeidernes kompetanse og til interkommunalt samarbeid på dette området. Tiltak for å sikre pleie- og omsorgstjenestens rekrutteringsbehov må sees i sammenheng med kommunens kompetanseplan som er under utarbeidelse.

**Tiltak 7.1.1** *Det bør lages en overordnet rekrutteringsplan for personell til pleie- og omsorgstjenestene som en del av kompetanseplan for Rennebu kommune*

## 7.2 Kompetanse og rekruttering

Kommunens evne til å utvikle kompetanse, kunnskap og kvalitet i tjenestene blir mer avgjørende enn noensinne. Arbeidsplasser preget av kontinuerlig læring, sterke fagmiljø og gode arbeidsforhold vil være avgjørende for det gode omdømmet kommunen må ha både for å sikre nyrekruttering og for å beholde den arbeidskrafta kommunen har.

Kompetanseløftet 2015 er Statens program for å hjelpe kommunene med å skaffe tilstrekkelig personell og nødvendig fagkompetanse til omsorgstjenesten i kommunene.

For Rennebu vil dette innebære tiltak og systematisk innsats på flere områder:

### 7.2.1 Helsefagarbeider

Rekrutteringen av unge til helsearbeiderfaget i videregående skole er avgjørende for framtidig rekruttering til yrket. Allerede nå er dette en stor utfordring. Rennebu har pr. 2009 avsatt midler til tre lærlingplasser, fordelt med to på helsefag og en på institusjonskokk. Som et ledd i rekrutteringsarbeidet ble det sist sommer satt av midler til åtte ungdomsskoleelever på Helsesenteret. Dette prosjektet vil bli evaluert og man vil vurdere om dette skal følges opp også neste sommer.

**Tiltak 7.2.1** *Det bør være et mål å rekruttere lærlinger til alle til enhver tid avsatte lærlingplasser ved at det drives systematisk motiveringsarbeid i ungdomsskolen.*

### 7.2.2 Kvalifisering av personell uten fagutdanning

Dette skal sikre god kompetanse ved å kvalifisere ansatte i sektoren som ikke har helse- og sosialfaglig kompetanse fra videregående skole.

**Tiltak 7.2.2** *Det bør være et mål å legges til rette for og motivere ansatte uten fagarbeiderkompetanse til å skaffe seg slik kompetanse basert på realkompetanse og deltidsopplæring ved videregående skole.  
Det bør også legges til rette slik at assistenter og tilsatte uten fagutdanning får utviklet sin realkompetanse i samsvar med avdelingenes behov.*

### 7.2.3 Videreutdanning for personell med videregående opplæring

Tilbud om videreutdanning av personell er spesielt viktig for å øke kompetansen og redusere avgangen fra dette yrket. Når kompetanseplanen er ferdig vil man få et klarere bilde av hvilke områder vi mangler kompetanse på.

### 7.2.4 Desentralisert høgskoleutdanning

Et tiltak for å sikre høgskoleutdannet personell i distriktskommuner er desentralisert studietilbud på høgskolenivå. Mange høgskoler tilbyr slike studier for utdanning til sykepleier, vernepleier, sosionom og pedagog. Kommunen må legge til rette så flere av våre medarbeidere gjennomfører slik utdanning.

**Tiltak 7.2.3** *Man bør motivere egne ansatte for å søke opptak til desentraliserte studier i henhold til behovene som synliggjøres i kompetanseplan.*

### 7.2.5 Videre- og etterutdanning for høgskoleutdannet personell

Høgskoler har tilbud om videre- og etterutdanning innenfor blant annet geriatri, demens, lindrende behandling, kreftomsorg, veiledning, rehabilitering, psykisk helse og rusomsorg. Kompetanseplanen vil vise om vi har tilstrekkelig av disse spesialitetene representert i pleie og omsorg i dag. Denne planen viser at behovet for tilsvarende og annen spesialkompetanse vil øke betydelig framover i tid spesielt med bakgrunn i samhandlingsreformen.

**Tiltak 7.2.4** *Egne ansatte bør motiveres for videre- og etterutdanning. Opplæringsplaner rulleres årlig.*

### 7.2.6 Utveksling av ressurser

Pleie og omsorgstjenesten bør utvikle rutiner for utveksling av ressurser og kompetanse mellom og innen enhetene, ut fra behov ved fravær og når ekstraordinære behov tilsier det, eller ressursbehov endres av andre årsaker. Hvis omsorgsboligene (i praksis ikke nødvendigvis alle, til enhver tid) defineres som arena for heldøgns trygghet på linje med plass på Sykehjemmet, slik som tiltak 5.8.3 tilsier, vil dette bety at arbeidsplaner og bemanningsplaner vil måtte variere, alt etter summen av behov hos de som bor i omsorgsboligene totalt. Gjennomføring av samhandlingsreformen vil medføre at kommunene må utføre enda mer kompetansekrevenne tjenester enn hva tilfelle er i dag. Dette vil øke behovet for interkommunalt samarbeid med bruk av felles ressurser.

**Tiltak 7.2.5** *Det bør utvikles rutiner for bruk av personalressursene på tvers av enhetene og eventuelt interkommunalt.*

### 7.2.7 Øke andelen som arbeider heltid

Regjeringen og KS har i avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å legge til rette for å redusere bruken av uønsket deltid i helse- og omsorgssektoren for å sikre stabilitet og kontinuitet både for brukere og ansatte. Dette er et prinsipp som partene sentralt er enige om. I Rennebu er det utstrakt bruk av deltid og til dels svært små stillinger. Det hevdes at dette både ivaretar ansattes behov, men også arbeidsgivers behov for å få turnuser til å gå opp. Utstrakt bruk av små stillinger gir imidlertid ekstra administrative utfordringer og skaper ofte problemer fordi ansatte i små stillingsdeler kan ha svakere motivasjon og lojalitet overfor arbeidsgiver. RO-senteret anbefaler at ledelsen inngår samarbeid med ansattes organisasjoner for å redusere bruken av uønska deltid parallelt med at vakante stillinger skal fylles, stillingshjemler omgjøres eller vikariater besettes. Som en del av et slikt opplegg, åpnes det opp for alternativ kompetanse inn i tjenesten, viser til kap 5.4.4. Utfordringen er å balansere dette slik at det ivaretar faglige krav, den kontinuitet og trygghet brukerne skal ha og en mest mulig kostnadseffektiv tjenesteproduksjon.

**Tiltak 7.2.6** Bruken av uønsket deltid bør kartlegges og det bør legges til rette for at flere av de ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i Rennebu får stillinger i tråd med eget ønske. Dette gjelder særlig fagarbeiderstillinger og høgskoleutdannet personell.

## 7.3 Ledelsesutvikling

Statens kompetanseutviklingsprogram Kompetanseløftet 2015 vektlegger behovet for ledelsesutvikling lokalt i kommunene. Sosial- og helsedirektoratet kom høsten 2005 med en veileder for kvalitetsarbeidet i sosial- og helsetjenesten "... og bedre skal det bli". Denne veilederen presiserer behovet for å gjennomgå både organisering og lederstruktur for å sikre framtidig rekruttering til lederstillinger og kvalitet på tjenestene.

Undersøkelser viser at omsorgstjenestene har svært få ledere sammenlignet med annen virksomhet. Rennebu er ikke noe unntak.

RO-senterets vurdering holder frem tjenesteorganisering, ledelse og ledelsesutvikling som en sentral utfordring for Rennebu og anbefaler en styrking av lederfunksjonene for å sikre mer helhetlig organisering. RO-senterets rapport anbefaler videre at lederfunksjonene tydeliggjøres og at lederoppgavene ryddes slik at lederne kan bruke mer tid på å utøve lederskap. Lederne gis ekstra veiledning for å kunne ta tak i de viktigste lederoppgavene for å utvikle arbeidsmiljøet, bygge positive tjenestekulturer og utvikle "grunntonen" i pleie og omsorgstjenesten. For å skjerme lederne noe fra daglig drift og dermed frigjøre mer tid til å utøve lederskap, etableres felles kontorarealer for lederne i IPO og HPO. Målet er å bedre samhandling og utnyttelse av ressursene på tvers mellom de to enhetene. Det bør vurderes om felles ledelse og økonomi for IPO og HPO kan føre til bedre utnyttelse av ressursene og dermed bedre tjenester.

**Tiltak 7.3** Omsorgstjenesten bør organiseres slik at lederne gis mulighet til å utøve helhetlig lederskap med vekt på tydelighet, forutsigbarhet og langsiktig strategiplanlegging.

**Tiltak 7.4** Leder for IPO og HPO samlokaliserer kontorene for å legge til rette for god samhandling.

## 7.4 Arbeidsmiljøet

I RO-rapporten vurderes arbeidsmiljøet i pleie- og omsorgstjenestene i Rennebu som godt. Sykefraværet på Sykehjemmet er for tiden (oktober 2009) på 16 %. Dette er uakseptabelt høyt og det bør settes i gang tiltak for å redusere dette. Fra 01.01.10 trer den nye bransjeforskriften om hvem som skal ha bedriftshelsetjeneste i kraft. Dette medfører at alle som arbeider blant annet innen pleie og omsorg er pålagt å være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste. Denne tilknytningen vil gi gode muligheter for pleie og omsorgstjenesten til å arbeide mer aktivt for å utvikle et godt arbeidsmiljø. Godt arbeidsmiljø preget av et åpent og synlig lederskap, faglige utfordringer og gode utviklingsmuligheter er selve grunnlaget for et godt omdømme og for å lykkes med de rekrutteringsutfordringene vi ser for oss i planperioden.

**Tiltak 7.5** Det bør arbeides aktivt for å beholde og utvikle et godt arbeidsmiljø innen omsorgstjenesten med verneombudene som aktive medspillere.



## 8 Tiltak - Oppsummering

### 8.1 Tiltak i forhold til omsorgstrappa

#### **Trinn 1 – Forebyggende arbeid**

**Tiltak 5.1.1** *Det bør utarbeides en kommunal informasjonsstrategi for tjenester fra helse- og omsorgsapparatet og arbeides bevisst med omdømmebygging.*

**Tiltak 5.1.2** *Rennebu kommune anbefales å tilrettelegge for sentrumsnær boligbygging spesielt med henblikk på eldre.*

**Tiltak 5.1.3** *Rennebu kommune bør bygge opp en tjeneste med oppsøkende hjemmebesøk til alle over 75 år. Organisering, omfang og kostnad utredes videre*

**Tiltak 5.1.4** *Det bør videreutdannes personell og tilbys deltagelse på mestringsgrupper for personer som står i fare for å utvikle eller som allerede har en kronisk helseplager*

**Tiltak 5.1.5** *Det bør arbeides videre med hvordan omsorgstjenesten skal ha høyt fokus på forebygging, rehabilitering og mestring.*

#### **Trinn 2 - Partnerskap og samarbeid**

**Tiltak 5.2.1** *Pårørende og frivillige vurderes involvert ved tilnærmet alle vurderinger av behov og i den daglige tjenesteytingen. Dette vil på sikt bedre det totale opplegget rundt enkeltbrukeren, samt redusere noe av ressurspresset.*

**Tiltak 5.2.2** *Kommunen bør vektlegge brukermedvirkning og samarbeid med brukernes familie og aktivt gi tilbud om å benytte individuell plan som verktøy for å koordinere hjelpetiltak.*

**Tiltak 5.2.3** *Det bør utredes videre hvordan omsorgstjenesten best kan samspille med frivillig sektor.*

**Tiltak 5.2.4** *Det bør utredes videre hvordan man kan plassere andre funksjoner rundt den planlagte nye kantina i 2 etasje på Helsesenteret.*

**Tiltak 5.2.5** *Det bør utredes hvordan kommunen i sterkere grad kan legge til rette for og organisere arbeidet med aktiv omsorg på en slik måte at dette utløser bidrag fra frivillige lag og organisasjoner og fra pårørende.*

**Tiltak 5.2.6** *Det bør utredes videre hvordan et mer aktivt samspill mellom barn og eldre kan tilrettelegges*

## **Trinn 3 - Støttetjenester og hjemmetjenester**

**Tiltak 5.3.1** *Det bør politisk vedtas kriterier for tildeling av matombringing, trygghetsalarm og andre tjenester i hjemmet*

**Tiltak 5.3.2** *Behov for hjemmevaktmester bør utredes*

**Tiltak 5.3.3** *Tilbudet "Bort for en 50-lapp" bør videreføres. Bedre markedsføring av tilbudet bør vurderes.*

**Tiltak 5.3.4** *Hjelpemiddelformidlingen bør bevisstgjøres som er viktig del av det forebyggende arbeidet og hjemmetjenesten.*

## **Trinn 3 - Hjemmetjenestene**

**Tiltak 5.4.1** *Det bør lages en strategi for hvordan kommunen kan organisere tjenestene slik at man ivaretar kommunens forpliktelser for omsorgstjenester til kommunens gjester.*

**Tiltak 5.4.2** *Omsorgsbehovene for gruppen under 67 år bør utredes nærmere og inngå som en del av en boligsosial plan, jfr. pkt 3,2.*

**Tiltak 5.4.3** *Nivået på kommunens pleie og omsorgstjeneste bør gjøres tydelig gjennom politiske vedtak. Dette vil tydeliggjøre hvor grensene for kommunens ansvar går og hva kommunen forventer fortsatt skal være enkeltinnbyggernes og lokalsamfunnets ansvar.*

**Tiltak 5.4.4** *Det bør utarbeides kriterier for hva hjemmehjelpen yter bistand til, hva hjemmesykepleien yter bistand til og hva andre yrkesgrupper yter bistand til*

**Tiltak 5.4.5** *Det bør fattes vedtak på alle hjelpetiltak innen pleie og omsorg. Alle som arbeider med brukeren må være kjent med vedtakene og utøve sine tjenester i tråd med vedtakene.*

**Tiltak 5.4.6** *Forvaltningsfunksjonen bør revurderes slik at behovsvurdering og saksbehandling alltid foretas av tverrfaglig og kompetent gruppe personer. Kommunen bør gjennomføre kompetanseopplegg for saksbehandlere slik at faglig skjønn sikrer oppfyllelse av myndighetskrav, men samtidig innenfor en bærekraftig ramme.*

## **Trinn 3 - Dagtilbud og nattilbud**

**Tiltak 5.5.1** *Tilbudet om dag- og nattilbud bør utredes videre der den planlagte kantina på Helsesenteret inngår som et av tiltakene.*

## **Trinn 4 - Omsorgsbolig og trygdebolig**

**Tiltak 5.6.1** *Det bør avklares om noen av omsorgsleilighetene skal tilrettelegges for heldøgns omsorg*

**Tiltak 5.6.2** *Det bør utredes hvordan man på en best mulig måte kan tilrettelegge for god samhandling mellom HPO og IPO når det gjelder betjening av boligavdelingen.*

## **Trinn 5 – Korttidsopphold på sykehjemmet**

**Tiltak 5.7.1** *Antall korttidsplasser ved sykehjemmet bør økes på bekostning av antall langtidsplasser.*

## **Trinn 6 – Langtidsplass på Sykehjemmet**

**Tiltak 5.8.1** *Langtidsplassene på Sykehjemmet bør primært benyttes til de sykeste syke*

**Tiltak 5.8.2** *Det bør utredes hvordan man på en best mulig måte kan tilrettelegge for de dårligste demente.*

**Tiltak 5.8.3** *Kommunen bør tilrettelegge for opprettelse av pårørendeforening.*

**Tiltak 5.8.4** *Langtidsplassene på Sykehjemmet bør reduseres til fordel for korttids- og dagplasser.*

**Tiltak 5.8.5** *Omsorgsboligene bør defineres som arena for heldøgns trygghet med mulighet for heldøgns omsorg.*

## **8.2 Tiltak i forhold til særlige faglige utfordringer**

**Tiltak 6.1** *Kommunen bør tilrettelegge for å gi pårørende muligheter til bedre å mestre demenssykdommen og for eksempel bidra til opprettelse av demensforening i Rennebu. Dette kan eventuelt gjøres gjennom et interkommunalt samarbeid.*

**Tiltak 6.2** *Rehabilitering bør vektlegges i omsorgstjenesten gjennom opplæring og holdningsskapende arbeid slik at dette innarbeides som en bærende grunntanke i alle deler av omsorgstjenestene i Rennebu. Det brukerrettede tilbudet om rehabilitering på de ulike trinn i omsorgstrappa bør utredes videre gjennom et tverrfaglig planarbeid*

**Tiltak 6.3** *Omsorgstjenestene i Rennebu bør ha kompetanse og rammer som kan gi alvorlig syke nødvendig lindrende behandling. Omsorg ved livets slutt bør kunne ytes i alle deler av omsorgstjenesten. Hjelpeapparatet bør legges til rette slik at den enkelte kan få en verdig død der vedkommende selv ønsker.*

**Tiltak 6.4** *Rennebu kommune anbefales å innlede forhandlinger med andre kommuner for å løse utfordringene som ligger i samhandlingsreformen.*

**Tiltak 6.5** *Det gjennomføres brukerundersøkelser med jevne mellomrom.*

### **8.3 Tiltak i forhold til personell, kompetanse, rekruttering, ledelsesutvikling og arbeidsmiljø.**

**Tiltak 7.1.1** *Det bør lages en overordnet rekrutteringsplan for personell til pleie- og omsorgstjenestene som en del av kompetanseplan for Rennebu kommune*

**Tiltak 7.2.1** *Det bør være et mål å rekruttere lærlinger til alle til enhver tid avsatte lærlingplassene for helsefagarbeider/institusjonskokk ved at det drives systematisk motiveringsarbeid i ungdomsskolen.*

**Tiltak 7.2.2** *Det bør være et mål å legges til rette for og motivere ansatte uten fagarbeiderkompetanse til å skaffe seg slik kompetanse basert på realkompetanse og deltidsopplæring ved videregående skole.  
Det bør også legges til rette slik at assistenter og tilsatte uten fagutdanning får utviklet sin realkompetanse i samsvar med avdelingenes behov.*

**Tiltak 7.2.3** *Man bør motivere egne ansatte for å søke opptak til desentraliserte studier.*

**Tiltak 7.2.4** *Egne ansatte bør motiveres for videre- og etterutdanning. Opplæringsplaner rulleres årlig.*

**Tiltak 7.2.5** *Det bør utvikles rutiner for bruk av personalressursene på tvers av enhetene og eventuelt interkommunalt.*

**Tiltak 7.2.6** *Bruken av uønsket deltid bør kartlegges og det bør legges til rette for at flere av de ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i Rennebu får stillinger i tråd med eget ønske. Dette gjelder særlig fagarbeiderstillinger og høgskoleutdannet personell.*

**Tiltak 7.3** *Omsorgstjenesten bør organiseres slik at lederne gis mulighet til å utøve helhetlig lederskap med vekt på tydelighet, forutsigbarhet og langsiktig strategiplanlegging.*

**Tiltak 7.4** *Leder for IPO og HPO samlokaliserer kontorene for å legge til rette for god samhandling.*

**Tiltak 7.5** *Det bør arbeides aktivt for å beholde og utvikle et godt arbeidsmiljø innen omsorgstjenesten med verneombudene som aktive medspillere.*